الخطة الاستراتيجية

(2026-2028)

وزارة الصحة

الجمهورية العربية السورية

جدول المحتويات

1. الملخّص التنفيذي 6
2. المقدمة 9
2.1 الغرض من الخطة الاستراتيجية 9
2.2 سياق ما بعد التحرير والتعافي المبكر 9
2.3 الارتباط بالخطة الوطنية الصحية متوسطة المدى (2029–2033) 12
2.4 عملية ومنهجية التخطيط الاستراتيجي 12
3. نظرة عامة على وزارة الصحة 14
3.1 الولاية والصلاحيات (المرسوم التشريعي رقم 111 لعام 1966) 14
3.2 الهيكلية التنظيمية (المستوى المركزي ومستوى المديريات في المحافظات) 14
3.3 الدور الإشرافي المركزي لوزارة الصحة 14
3.4 لمحة عن القوى العاملة 15
4. التحليل السياقي والوضع الراهن 15
4.1 السياق الاجتماعي–الاقتصادي والسياسي 15
4.2 عبء المرض 16
4.2.1 المعدل العام للوفيات والمراضة 16
4.2.2 الأمراض السارية 17
4.2.3 الأمراض غير السارية ((NCDs 18
4.2.4 صحة الأم والطفل 18
4.2.5 الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي 19
4.2.6 التغذية 19
4.3 حالة النظام الصحي 20
4.3.1 تقديم الخدمات والبنية التحتية 20
4.3.2 الموارد البشرية للصحة 22
4.3.3 الأدوية وسلاسل التوريد 22
4.3.4 تمويل الصحة 23
4.3.5 نظم المعلومات الصحية والصحة الرقمية 24
4.4 التحديات والفجوات الرئيسية 25
5. المبادئ التوجيهية 26
6. تحليل SWOT 29
7. الأهداف الاستراتيجية والغايات العامة (2026–2028) 30
7.1 إعادة تأهيل البنية التحتية الصحية 30
7.2 تطوير القوى العاملة الصحية 30
7.3 التمويل الصحي والاستدامة 31
7.4 تقديم الخدمات الصحية 32
7.5 الحوكمة والشراكات 32
7.6 الوصول إلى الأدوية والمنتجات الطبية 33
7.7 التحول الرقمي 33
7.8 الأمن الصحي 34
8. المتابعة والتقييم والمسؤولية 35
9. المخاطر والافتراضات 36
10. الملاحق 38

الاختصارات

AMR	مقاومة مضادات الميكروبات
CHES	استمرارية الخدمات الصحية الأساسية
DHIS2	نظام معلومات الصحة على مستوى المقاطعات – الإصدار 2
EHSP	حزمة الخدمات الصحية الأساسية
EMR	السجل الطبي الإلكتروني
GDP	الناتج المحلي الإجمالي
HIS	نظام المعلومات الصحية
HRH	الموارد البشرية للصحة
IHR	اللوائح الصحية الدولية
LMIS	نظام إدارة معلومات سلسلة الإمداد
MoH	وزارة الصحة
NCD	الأمراض غير السارية
NHA	الحسابات الصحية الوطنية
NHS	الاستراتيجية الوطنية للصحة
NGO	منظمة غير حكومية
OOP	(الدفع من الجيب (الإنفاق الصحي المباشر من الأسر
PHEOC	مركز عمليات طوارئ الصحة العامة
PHC	الرعاية الصحية الأولية
SWOT	نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات
UHC	التغطية الصحية الشاملة
WHO	منظمة الصحة العالمية

كلمة معالي وزير الصحة

بسم الله الرحمن الرحيم

إنه لمن دواعي الاعتزاز أن أقدّم إلى القارئ الكريم «الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة للجمهورية العربية السورية 2026–2028»، بوصفها إحدى اللبنات الأساسية في مسار التعافي المبكر وإعادة بناء نظام صحي وطني موحَّد، عادل وقادر على الاستمرار، بعد المرحلة المفصلية التي تمرّ بها بلادنا.

تأتي هذه الخطة ثمرة عملٍ مؤسسي وتشاوري امتدّ على مدى أشهر، شاركت فيه مختلف المديريات المركزية في الوزارة، ومديريات الصحة في المحافظات، والكوادر الفنية والإدارية على جميع المستويات. وقد حرصنا، منذ البداية، على ألّا تكون هذه الوثيقة جهداً مكتبياً مغلقاً، بل حصيلة حوار واسع يستند إلى الأدلة والمعطيات الميدانية، ويعكس أولويات المواطنين واحتياجات مقدّمي الخدمات الصحية على حدّ سواء.

ويسعدني، في هذا السياق، أن أسجّل عميق التقدير للتعاون البنّاء مع الوزارات والجهات الوطنية الشريكة كافة، وفي مقدّمتها هيئة التخطيط والإحصاء في الجمهورية العربية السورية، التي أسهمت بخبرتها في مواءمة الخطة مع التوجّهات الوطنية العامة، وضمان انسجامها مع الأولويات التنموية ومؤشرات الأداء على مستوى الدولة، وكذلك الأمانة العامة لرئاسة الجمهورية التي قدّمت المتابعة والتيسير والتوجيه، بما عزّز الطابع الوطني الجامع لهذه الخطة ورسّخ صلتها المباشرة بالتوجّهات الاستراتيجية العليا للدولة.

كما أتوجّه بالشكر إلى الوزارات والمؤسسات الشريكة الأخرى، ولا سيّما وزارات المالية، والتعليم العالي، والاتصالات والتقانة، والشؤون الاجتماعية والعمل والدفاع والداخلية، وإلى شركائنا من المنظمات الأممية والدولية والهيئات الوطنية، على ما قدّموه من مشورة فنية ومساهمات عملية ساعدت في بلورة محاور الخطة وأولوياتها بشكل أكثر واقعية وفعالية.

كما أتوجّه بخالص الشكر والتقدير وبشكلٍ خاص إلى الدكتور صلاح صفدي وفريقه المتخصص الذي قاد عملية الإعداد، ونسّق جمع المدخلات من مختلف المديريات والجهات الشريكة، وصاغ النسخة النهائية للوثيقة. لقد قدّم هذا الفريق نموذجًا مشرفًا في العمل المؤسسي والالتزام الوطني، وأسهم في أن تخرج هذه الخطة في صورةٍ متماسكة وقابلة للتنفيذ.

لقد حاولت هذه الخطة أن تجيب، بقدرٍ عالٍ من الصراحة والمسؤولية، عن سؤالين أساسيين: أين نقف اليوم بعد سنوات النزاع وما رافقها من تجزؤ للنظام الصحي وضعفٍ في الموارد وإلى أين نريد أن نصل خلال الفترة 2026–2028، حتى نمهّد لمرحلةٍ تالية أكثر استقراراً وتنميةً واستدامةً في إطار الاستراتيجية الوطنية الصحية متوسطة المدى وقد ركّزت الخطة على تأهيل البنية التحتية الصحية، وتطوير الموارد البشرية، وتحسين التمويل الصحي، وتعزيز الحوكمة والشراكات، والتحوّل الرقمي، والأمن الصحي، بما يعيد بناء الثقة بين المواطن والنظام الصحي العام.

إنّ هذه الوثيقة ليست نهاية المطاف، بل بداية مرحلة جديدة من العمل الجماعي المنظّم. ومسؤولية تنفيذ الخطة ومتابعة نتائجها تقع على عاتقنا جميعاً: في وزارة الصحة، وفي مديريات الصحة بالمحافظات، وفي سائر الوزارات والجهات الشريكة، كلٌّ ضمن نطاق اختصاصه. ومن هذا المنطلق، أدعو جميع المديريات والبرامج، وكذلك شركاءنا في مؤسسات الدولة والهيئات الوطنية والدولية، إلى التعامل مع هذه الخطة باعتبارها مرجعاً عملياً يومياً، ومحرّكاً للتغيير والتحسين المستمر، وليس مجرّد وثيقةٍ لا يتم استعمالها.

وإذ نضع هذه الاستراتيجية بين يدي القيادة السياسية، والمؤسسات الوطنية، وشركائنا في الداخل والخارج، فإننا نجدد التزامنا بأن يبقى الإنسان في قلب كل سياسة وبرنامج وتدخّل، وأن نواصل، معاً، بناء نظام صحي أكثر عدالة وكفاءة ومرونة، يليق بتضحيات شعبنا وتطلعاته في سوريا الجديدة.

والله وليّ التوفيق.

د. مصعب العلي

وزير الصحة
الجمهورية العربية السورية

شكر وتقدير

يسرّ وزارة الصحة أن تتوجّه بخالص الشكر والتقدير إلى جميع من أسهم في إعداد هذه الاستراتيجية الوطنية من داخل الوزارة وخارجها. فقد شاركت في هذا الجهد مختلف المديريات المركزية في الوزارة، ولا سيّما مديريات التخطيط والتعاون الدولي، والرعاية الصحية الأولية، والمنشآت الصحية والتنمية الادارية،والرقابة الدوائية والهندسة الطبية، إضافةً إلى مديريات الصحة في المحافظات وفرق العمل الفنية والإدارية التي ساهمت في جمع البيانات وتحليلها وتنظيم جلسات التشاور وورش العمل.

كما تعرب الوزارة عن امتنانها العميق لمؤسسات الدولة الشريكة، بما في ذلك هيئة التخطيط والإحصاء، والوزارات والهيئات العامة ذات الصلة، وإلى شركائها من الجامعات والمؤسسات الأكاديمية، والمنظمات الأممية والدولية والمنظمات الوطنية، لما قدّموه من آراء فنية وملاحظات بنّاءة أسهمت في تعزيز جودة هذه الاستراتيجية وملاءمتها للسياق الوطني.

وتتقدّم الوزارة بالشكر والتقدير، على وجه الخصوص، إلى الدكتور صلاح الدين صفدي والسيدة صوفيا شلبي، والسيدة آية إبراهيم والفريق المساند لقيادة عملية إعداد هذه الاستراتيجية، وتنسيق جمع المدخلات من مختلف المديريات والجهات الشريكة، وصياغة النسخة النهائية من هذه الوثيقة.

ونظرًا لكثرة الزملاء والشركاء الذين شاركوا في مختلف مراحل الإعداد، يتعذّر علينا ذكر جميع الأسماء في هذه الصفحة، غير أنّ هذا لا ينتقص من تقدير الوزارة العميق لكل من قدّم رأيًا أو جهدًا أو دعمًا، صغيرًا كان أم كبيرًا، في سبيل إنجاز هذه الاستراتيجية ووضعها موضع التنفيذ.

1. الملخّص التنفيذي

دخلت وزارة الصحة مرحلة جديدة عقب تحرير سوريا في كانون الأول 2024. وتقدّم الخطة الاستراتيجية (2026–2028) خارطة طريق للتعافي المبكر وتعزيز النظام الصحي على المدى الطويل، من خلال وضع الأسس والأدلة المحورية للإطار الشامل الذي سيليها. وتحدد الخطة أولويات وطنية واضحة لإعادة الخدمات الصحية الأساسية، واستعادة الثقة بالنظام الصحي، ووضع الركائز الأساسية لقطاع صحي موحّد، قادر على الاستمرار، ومستدام.

وتعزز الخطة مبدأ المساواة بين الجنسين عبر جميع مكوّناتها لضمان العدالة والشمولية في تطوير القوى العاملة، وتقديم الخدمات، والحوكمة. كما تمثّل حلقة وصل نحو الخطة الاستراتيجية الوطنية للصحة متوسطة المدى القادمة، بحيث تسهم الأولويات والدروس المستفادة ونتائج هذه المرحلة في تشكيل مسار الإصلاح الصحي في المرحلة التالية. وتشكل هذه الأطر معاً عملية متواصلة من إعادة البناء والتنمية، تقود سوريا نحو نظام صحي وطني موحّد، مرن، ويضمن وصول الرعاية الصحية لجميع السوريين.

الرؤية

المضي نحو نظام صحي متكامل مرن، يوفّر رعاية صحية عادلة، عالية الجودة، ومتاحة، وميسورة التكلفة للجميع.

الرسالة

ستحقق وزارة الصحة رؤيتها من خلال إعادة بناء وتحديث النظام الصحي الوطني لتقديم خدمات عادلة، عالية الجودة، وقادرة على الاستمرار لجميع السوريين. وستعمل الوزارة على استعادة وتوسيع البنية التحتية الصحية الأساسية، وتعزيز وتحفيز القوى العاملة الصحية، وتدعيم جهود الأمن الصحي، وضمان التنسيق الفعّال والتكامل على جميع مستويات الرعاية. ومن خلال التخطيط المستند إلى الأدلة، والتمويل المستدام، والتحول الرقمي، ستعمل الوزارة على تعزيز الكفاءة والمساءلة وجودة الرعاية الصحية لكل فرد دون تمييز جغرافي أو اجتماعي-اقتصادي.

الهدف العام

تعزيز فعالية وكفاءة النظام الصحي لتحسين صحة السكان وخفض المراضة والوفيات.

الأهداف المحددة لأعوام 2026–2028

1. إعادة تأهيل مرافق القطاع الصحي استناداً إلى خرائط متكاملة للمرافق الصحية والعاملين الصحيين، تعكس الاحتياجات ذات الأولوية للتأهيل.
2. تعزيز الإدارة القائمة على الأدلة والمساءلة في إدارة الموارد المالية والبشرية.
3. ضمان توفر خدمات صحية متكاملة تتمتع بالجاهزية والإنصاف، وتعزيز نظم الرعاية الصحية الأولية.
4. تعزيز الحوكمة والشراكات والتنسيق مع القطاعات ذات الصلة.
5. تحسين الوصول العادل إلى الأدوية والمستلزمات الطبية من خلال الإنتاج المحلي، والرقابة التنظيمية، وسلاسل الإمداد الموثوقة.
6. تفعيل نظم المعلومات الصحية وإطلاق نظم الصحة الرقمية لدعم اتخاذ القرار المستند إلى الأدلة.
7. تعزيز منظومة الأمن الصحي الوطني لضمان جاهزية مقومات الصحة العامة والقدرة على استمرارها.

لتحقيق هذه الأهداف، اعتمد القطاع الصحي سياسات، وفي حال تنفيذها، ستُحسّن جودة الخدمات الصحية على جميع المستويات:

- مرافق صحية آمنة وفعّالة ومزوّدة بالموارد الكافية، قادرة على تقديم حزمة الخدمات الصحية الأساسية (EHSP).
- توافر القوى العاملة الصحية.
- تطوير الموارد البشرية للصحة وتعزيز الشراكات مع المؤسسات التعليمية وخبراء الشتات السوري في الخارج.
- تعزيز الاستدامة المالية لتمويل القطاع الصحي.
- تحسين الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية، والتغذية، والصحة النفسية.
- تعزيز مشاركة المجتمع في القطاع الصحي.
- مواءمة المبادرات مع الأولويات الوطنية وتعزيز الشراكات مع الأطراف المعنية في القطاع الصحي.

- توفر أدوية آمنة وفعّالة.
- إعطاء الأولوية للإنتاج الدوائي الوطني.
- التحول نحو نظام الصحة الرقمية الوطني.
- ضمان استمرارية الخدمات الصحية الأساسية أثناء الطوارئ.
- التنسيق متعدد القطاعات وعبر الحدود في مجال الأمن الصحي.

النتائج المتوقعة بحلول نهاية عام 2028:

- إعادة تأهيل وتجهيز المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية لاستعادة قدرتها على تقديم الخدمات الأساسية.
- إعداد خرائط للقوى العاملة الصحية، وتدريبها، ودعمها وفق الاستراتيجية المعتمدة للموارد البشرية للصحة، مع تطبيق إجراءات أولية للاحتفاظ بالكوادر.
- إعادة تفعيل الحسابات الصحية الوطنية مع تحسين الحوكمة المالية والبدء في تعبئة الموارد المحلية.
- تعزيز نظم الرعاية الصحية الأولية، وإنجاز حزمة الخدمات الصحية الأساسية، وتكلفة الحزمة، وتجريبها في مرافق مختارة تمهيداً للتطبيق الوطني.
- تحسين الوصول العادل إلى الأدوية والمستلزمات الطبية من خلال تعزيز الإنتاج المحلي، والرقابة التنظيمية، وسلاسل الإمداد الموثوقة.
- إنشاء منصّات تنسيق مؤسسية مع تعزيز دور وزارة الصحة ورفع مستوى مشاركة الشركاء.
- إطلاق الأنظمة الأساسية للصحة الرقمية من خلال تجريب السجلات الطبية الإلكترونية، وتدريب كوادر نظام المعلومات الصحية، واعتماد سياسة وطنية للصحة الرقمية وإطار لحماية البيانات.
- وجود نظام وطني فعّال للأمن الصحي يتمتع بقدرات متكاملة في الترصد والمختبرات والاستجابة السريعة لتعزيز الجاهزية للصحة العامة والقدرة على الاستمرار.

2. المقدمة

2.1 الغرض من الخطة الاستراتيجية

تمثّل هذه الخطة الاستراتيجية (2026–2028) الإطار الذي تعتمده وزارة الصحة لمرحلة التعافي المبكر في القطاع الصحي في سوريا. وهي ليست استراتيجية شاملة طويلة الأمد، بل جهداً مركّزاً لإعادة بناء أسس النظام الصحي وإيجاد الظروف اللازمة للتنمية المستدامة.

بعد أكثر من عقد من النزاع والتشظّي، يدخل القطاع الصحي مرحلة جديدة تتطلب استعادة الثقة، وإعادة الوظائف الأساسية، وتهيئة البيئة المناسبة للإصلاح طويل الأمد. وفي هذا السياق، اعتمدت الوزارة خطة تركّز على التعافي المبكر، وبناء نظم البيانات والقدرات المؤسسية، والتحضير لإطلاق الخطة الاستراتيجية الوطنية للصحة متوسطة المدى (2029–2033).

تهدف الخطة إلى توجيه عملية التأهيل الفوري من خلال استعادة الخدمات الأساسية، وتعزيز القوى العاملة الصحية، وتحسين الآليات المالية والإدارية، مع إنتاج قاعدة الأدلة اللازمة للإصلاحات والاستثمارات المستقبلية. وستتيح هذه المرحلة الممتدة على عامين للوزارة استخلاص الدروس المستفادة، وتحديد الأولويات بوضوح، وإنتاج المعلومات الضرورية للتخطيط المسؤول للمرحلة التنموية التالية.

كما توفّر الخطة توجيهاً للمؤسسات الحكومية والشركاء الدوليين والمنظمات غير الحكومية، بما يضمن تنفيذ أنشطة منسّقة تحت قيادة وزارة الصحة. ومن خلال تحديد الأولويات الوطنية للتعافي المبكر، ترسي الخطة إطاراً مشتركاً للاستثمار والتنسيق والمساءلة يدعم الانتقال التدريجي نحو نظام صحي موحّد، عادل، ومستدام.

وهي منسجمة مع إطار النظام الصحي لمنظمة الصحة العالمية وأهداف التنمية المستدامة (SDGs)، بما يضمن أن تسهم جهود التعافي في تحقيق التغطية الصحية الشاملة، والإنصاف، والقدرة على الاستمرار. وتقرّ الخطة بأن التعافي يتطلب معالجة الفجوات الجندرية والاجتماعية التي تفاقمت خلال الأزمة، وتلتزم بدمج اعتبارات النوع الاجتماعي في جميع مراحل التخطيط، وبناء القوى العاملة، وتقديم الخدمات.

2.2 سياق ما بعد التحرير والتعافي المبكر

بعد أكثر من عقد من النزاع والاضطرابات، يدخل النظام الصحي في سوريا مرحلة حاسمة من إعادة البناء. فقد أدّت سنوات من التشظّي، وتراجع التمويل العام، والاعتماد على المساعدات الإنسانية إلى

إضعاف المؤسسات وآليات تقديم الخدمات على جميع مستويات الرعاية. وعلى الرغم من استمرار التحديات الكبيرة، فإن السياق الحالي يتيح فرصة للانتقال من نموذج الاستجابة للأزمات إلى عملية تعافٍ وطنية تقودها الدولة. وتدرك وزارة الصحة أنه لا يمكن بدء إصلاح مستدام دون إعادة ترسيخ الأسس الضرورية للوظائف الأساسية، والتنسيق، والثقة.

يشكّل التعافي المبكر الإطار لهذا الانتقال. فهو يمثّل بداية مسار التعافي والإصلاح من خلال الربط بين العمل الإنساني والتنمية طويلة الأمد. ويركّز هذا النهج على استعادة الخدمات الأساسية بالتوازي مع إعادة بناء وظائف النظام الصحي، وتأهيل البنى التحتية، وتعزيز سلاسل الإمداد ونظم المعلومات، بما يجعل تقديم الرعاية أكثر موثوقية وكفاءة. كما يولي أهمية لتعزيز قدرة المجتمع والمؤسسات على الاستمرار، بما يضمن أن تكون الهياكل المحلية والقوى العاملة الصحية قادرة على استدامة الخدمات خلال التحديات المستقبلية.

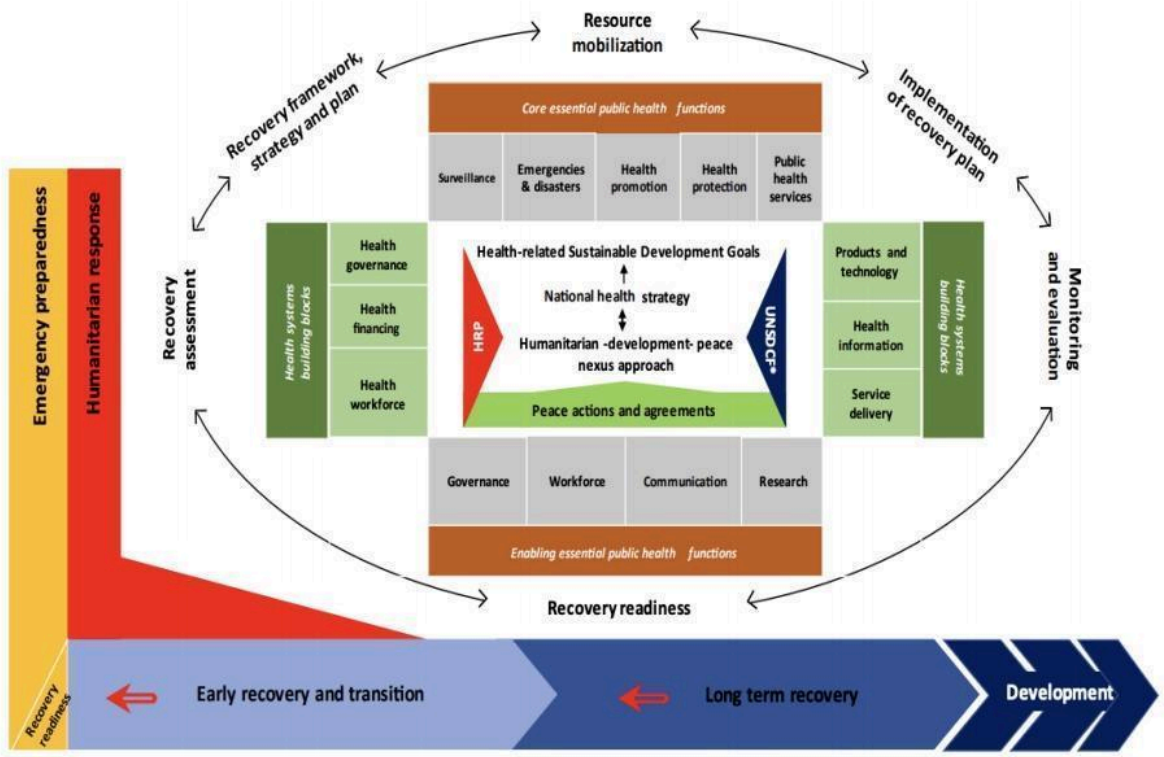
وفي الوقت ذاته، يعطي التعافي المبكر الأولوية لتعزيز الحوكمة والمساءلة، مما يمكّن الوزارة من قيادة أكثر تنسيقاً واتساقاً على مستوى السياسات، وشفافية أكبر في العمل بالشراكة مع الأطراف الوطنية والدولية. وقد فاقم النزاع الطويل الفوارق الصحية القائمة على النوع الاجتماعي، بما في ذلك ارتفاع مخاطر وفيات الأمهات والعنف القائم على النوع الاجتماعي، لكنه في الوقت نفسه أوجد فرصاً لتعزيز دور المرأة في تعافي النظام الصحي وقيادته.

سيتم تطبيق نهج حوكمة حساس للنزاع وشامل للجميع من خلال التخطيط التشاركي، والتوزيع العادل للموارد، وآليات التنسيق الشفافة على المستويين الوطني ومستوى المحافظات. وستضمن هذه الإجراءات أن تسهم جهود التعافي في تعزيز التماسك الوطني، وترسيخ المساءلة، وتجنّب تكريس التفاوتات بين المناطق.

ويبيّن الإطار التشغيلي لمنظمة الصحة العالمية كيف يعمل التعافي المبكر بوصفه جسراً وآلية تغذية راجعة بين الاستجابة الإنسانية والتنمية طويلة الأجل. فهو يوضح أنّ التعافي لا يحدث بمعزل عن غيره، ولا كعملية خطيّة، بل يمثل سلسلة مترابطة تربط بين الاستجابة للأزمات، وإعادة بناء النظام، وتعزيز الجاهزية للصدمات المستقبلية.

ومع انتقال النظم الصحية من ظروف الطوارئ نحو الاستقرار، يركّز التعافي المبكر على استعادة الخدمات، وتعزيز الحوكمة، وإعادة بناء الوظائف الأساسية التي تمكّن النظام من العمل بفعالية. وفي الوقت ذاته، يدعم التعافي المبكر تعزيز الجاهزية المستقبلية من خلال دمج الدروس المستفادة من الأزمة، وضمان أن تسهم استثمارات التعافي في تعزيز القدرة على الاستمرار.

وتساعد هذه العملية الدورية — المتمثلة في التقييم، والتخطيط، والتنفيذ، والمتابعة — البلدان على الانتقال من الاعتماد على المساعدات الإنسانية نحو تنمية وطنية مستدامة، مع الحفاظ على الجاهزية للطوارئ المستقبلية.



المصدر: منظمة الصحة العالمية (2021). *الإطار الخاص لتعافي النظم الصحية في البيئات الهشة والمتأثرة بالنزاعات*.

https://applications.emro.who.int/docs/Health-systems-recovery-eng.pdf

من خلال هذه المجالات المترابطة، يوفّر التعافي المبكر الأساس لانتقال النظام الصحي من الاستجابة الطارئة نحو التنمية المستدامة. فهو يمكّن الوزارة من تركيز الموارد على أولويات قابلة للتحقيق تُظهر فعالية ملموسة، وتعزز التنسيق، وتولد البيانات اللازمة للتخطيط والاستثمار القائمين على الأدلة. كما تشكل هذه المرحلة فرصة لتعزيز المؤسسات وتطوير الأنظمة التي ستوجّه الخطة الوطنية الصحية المتوسطة المدى المرتقبة والإصلاحات المستقبلية. ومن خلال اعتماد هذا النهج، تسعى الوزارة إلى نقل القطاع الصحي من حالة التشظّي والاعتماد الإنساني نحو نظام وطني موحّد، مملوك للدولة، قادر على تقديم رعاية منصفة وعالية الجودة، ودفع سوريا نحو مزيد من الاستمرار والتقدم نحو التغطية الصحية الشاملة.

2.3 الارتباط بالخطة الوطنية الصحية متوسطة المدى (2029–2033)

تشكّل هذه الخطة الاستراتيجية جسراً بين الاستجابة الإنسانية والإصلاح طويل الأمد. وقد صُممت هذه المرحلة الأولى من التعافي المبكر لتحقيق تقدم ملموس، مع وضع الأسس اللازمة لنظام صحي أقوى وأكثر قدرة على الاستمرار. وبحلول نهاية هذه المرحلة، تهدف وزارة الصحة إلى استعادة الوظائف الأساسية للمرافق ذات الأولوية وتعزيز القوى العاملة الصحية عبر التدريب الموجه وإجراءات أولية للاحتفاظ بالكوادر.

كما تؤكد الخطة على أهمية إنشاء خط أساس موثوق للقطاع الصحي. فإعداد خرائط للمرافق والقوى العاملة، وإعادة تفعيل الحسابات الصحية الوطنية، وتعزيز نظم المعلومات الصحية تُعد خطوات أساسية ستولّد الأدلة اللازمة لتصميم سياسات فعّالة. وكجزء من هذا الجهد، سيبدأ العمل التحضيري لإجراء مسح الدخل والإنفاق الأسري بالتعاون مع وزارة المالية، بما يؤسّس لتقييم إنفاق الأسر الصحي، والدفع من الجيب، والمشقة المالية، وهي معطيات ضرورية لتمويل صحي منصف ومواءمة أكبر مع أولويات المانحين.

إن تعزيز مراكز الرعاية الصحية الأولية من خلال تطوير حزمة الخدمات الصحية الأساسية (EHSP) سيقدّم إطاراً وطنياً متوافقاً على مستوى تقديم الخدمات، يُراعي مبادئ التغطية الصحية الشاملة، ويوجه الاستثمارات المستقبلية. ومعاً، ستوفر هذه الإجراءات البيانات والنظم والقدرات المؤسسية اللازمة لتصميم وتنفيذ الاستراتيجية الوطنية الصحية الخمسية. وستبني تلك الاستراتيجية على الأسس التي تم وضعها خلال مرحلة التعافي المبكر، ليُصبح التركيز على الاستمرار طويل الأمد، والاستدامة، والإنصاف بدلاً من مجرد الاستعادة.

2.4 عملية ومنهجية التخطيط الاستراتيجي

اعتمدت وزارة الصحة منهجية تشاركية ومستندة إلى الأدلة لإعداد هذه الخطة الاستراتيجية، بما يضمن توافقها مع أفضل الممارسات الدولية ومع واقع سوريا بعد التحرير. بدأت العملية بمراجعة خطط استراتيجية من دول أخرى خارجة من النزاع، بهدف استخلاص الدروس المتعلقة بإعادة بناء الأنظمة والإصلاحات القطاعية طويلة المدى.

ورغم مراجعة الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة السورية للأعوام 2023–2027، إلا أنه لم يكن بالإمكان اعتمادها بالكامل بسبب التغير الجذري في السياق الوطني، إذ دخلت البلاد مرحلة جديدة تتطلب نهجاً يشمل كامل الجغرافيا السورية وقيادة مجددة من وزارة الصحة. بناءً عليه، تولّت اللجنة

الوطنية للخبراء في وزارة الصحة قيادة إعداد الخطة الاستراتيجية الصحية الوطنية 2026–2028، من خلال تقديم التوجيه الاستراتيجي والتنسيق والإشراف الفني طوال العملية.

وفي الثاني من أيلول، عقدت اللجنة ورشة عمل للتخطيط الاستراتيجي بمشاركة جميع مديري الدوائر والموظفين المعنيين، حيث تم إجراء تحليل SWOT، ومناقشة الرسالة والرؤية، وجمع الملاحظات على الأهداف الأولية. وقد عكس تحليل SWOT وجهات نظر موظفي وزارة الصحة، وشكّل أداة مهمة لتحديد التحديات والأولويات، مع العلم أنه لا يُعد تقييماً وطنياً شاملاً. كما أعدّت كل دائرة وزارية تحليلاً لسياق عملها لتوضيح احتياجاتها وتحدياتها وفرصها.

وبعد الورشة، قامت اللجنة بدمج جميع المدخلات وإعداد المسودة الأولية للخطة. ثم تمت استشارة المديرين والمسؤولين في وزارة الصحة للحصول على ملاحظاتهم، كما تم جمع آراء المجتمع من خلال استبيانات في مراكز الرعاية الصحية الأولية لضمان انعكاس أصوات مقدمي الخدمات والمواطنين.

وفي المرحلة التالية، عقدت الوزارة مشاورات مستهدفة مع المنظمات الدولية والمحلية، وممثلي القطاع الخاص، ووكالات الأمم المتحدة، وشركاء التنمية مثل البنك الدولي، بالإضافة إلى خبراء متخصصين في مجالات التمويل الصحي، وإدارة سلاسل الإمداد، والتخطيط للقوى العاملة الصحية، وذلك للتحقق من صحة الأولويات وضمان اتساقها مع أطر التعافي والتنمية الأوسع.

وقد أسهمت هذه المشاورات في وضع اللمسات الأخيرة قبل تقديم المسودة للاعتماد من وزير الصحة.

وبعد اعتماد الخطة، بدأت الوزارة بعقد اجتماعات متابعة مع وزارات حكومية أخرى، مثل وزارات المالية، والاتصالات، والتعليم العالي، والخارجية، لعرض الخطة وتعزيز ملكية القطاع الحكومي لها وضمان التنسيق بين القطاعات.

كما راجعت وزارة الصحة مسودات الخطة ونقّحتها من خلال مناقشات داخلية استندت إلى دروس مقارنة من سياقات دول أخرى خارجة من النزاع. وأبرزت العملية الحاجة الملحّة إلى تعزيز جمع البيانات وتحليلها، إذ لا تزال تقارير المرافق، وإحصاءات القوى العاملة، وبيانات الإنفاق مجزأة وغير كافية، مما يخلق فجوات كبيرة في الأدلة. ولمعالجة ذلك، تلتزم الخطة بإجراء دراسات خط أساس، بما في ذلك **الحسابات الصحية الوطنية**، ومسوح **الدفع من الجيب**، وتمارين **تكلفة الخدمات**. ومن خلال الجمع بين الرؤى النوعية المستخلصة من المشاورات وإنتاج البيانات الكمية، تبقى الخطة متجذرة في واقع سوريا، بينما تعزز دور وزارة الصحة كجهة قيادية للقطاع الصحي وحارسة لمسار تحوله طويل الأمد.

3. نظرة عامة على وزارة الصحة

3.1 الولاية والصلاحيات (المرسوم التشريعي رقم 111 لعام 1966)

تستند وزارة الصحة إلى ولايتها القانونية بموجب المرسوم التشريعي رقم 111 الصادر في 1 أيلول/سبتمبر 1966، والذي يخولها تنظيم القطاع الصحي الوطني والإشراف عليه بهدف رئيسي هو تحسين المؤشرات الصحية وضمان الوصول العادل إلى الخدمات الطبية. وتضطلع الوزارة، ضمن هذه الولاية، بتطوير البنية التحتية الصحية من خلال إنشاء وإدارة المستشفيات والمراكز الصحية، ودعم البحث العلمي عبر المراكز الدراسية والمختبرات الفنية لضمان جودة الخدمات وسلامة الأدوية.

كما تتحمّل الوزارة مسؤولية رصد الوضع التغذوي، ووضع السياسات الصحية الوقائية، وتعزيز الرعاية الصحية الأولية، ومكافحة الأمراض السارية وغير السارية، وتنظيم قطاع الأدوية، وتطوير السياسات المرتبطة بالصحة النفسية والبيئية، بما يضمن منظومة شاملة للرعاية الصحية. وفي مرحلة ما بعد التحرير، اكتسبت هذه الولاية القانونية أهمية متجددة مع سعي الوزارة إلى إعادة ترسيخ دورها المركزي في إصلاح القطاع الصحي، مع التركيز على تأهيل البنية التحتية، وتطوير القوى العاملة، وتعزيز الحوكمة المؤسسية.

3.2 الهيكلية التنظيمية (المستوى المركزي ومستوى المديريات في المحافظات)

تعكس الهيكلية التنظيمية لوزارة الصحة دورها على المستويين المركزي والمحافظات. فعلى المستوى المركزي، تعمل الوزارة من خلال 28 مديرية متخصصة تتولى مهام فنية وإدارية تشمل التخطيط، وتقديم الخدمات، والتمويل الصحي، والموارد البشرية، والرقابة التنظيمية.

أما على مستوى المحافظات، فتقوم مديريات الصحة بدور الأذرع التنفيذية للوزارة، حيث تشرف على المستشفيات والمراكز الصحية والخدمات المقدمة على مستوى المجتمع. وتتيح هذه الهيكلية المتكاملة وضع السياسات والمعايير على المستوى المركزي، فيما تتولى مديريات الصحة في المحافظات تكييف تنفيذها وفق الاحتياجات المحلية. ويبين المخطط التنظيمي المرفق في الملحق الإصلاحات المؤسسية الجارية الرامية إلى تعزيز التنسيق والمساءلة والاستجابة على كلا المستويين.

3.3 الدور الإشرافي المركزي لوزارة الصحة

تؤدي وزارة الصحة دور الجهة الوصية على القطاع الصحي في سوريا، إذ تضطلع بالقيادة المركزية في وضع السياسات والمعايير واللوائح التنظيمية. ويسهم هذا الدور الإشرافي في ضمان توافق

الأولويات الصحية الوطنية مع الأهداف التنموية الأوسع، واستثمارات المانحين، والالتزامات الدولية مثل التغطية الصحية الشاملة.

ورغم أن تقديم الخدمات يتم عبر المستشفيات والمراكز الصحية ومديريات الصحة في المحافظات، تبقى الوزارة مسؤولة عن ضمان العدالة والكفاءة والجودة عبر النظام بأكمله. وفي مرحلة ما بعد التحرير، أصبح هذا الدور الإشرافي أكثر أهمية مع سعي الوزارة لاستعادة الثقة العامة وتنسيق الجهات الفاعلة المبعثرة وإعادة ترسيخ الملكية الوطنية للأجندة الصحية.

3.4 لمحة عن القوى العاملة

حتى عام 2024، بلغ عدد العاملين في وزارة الصحة حوالي 78,500 موظف موزعين عبر الإدارة المركزية ومديريات الصحة والمستشفيات والمراكز الصحية الأولية. ويضم هذا الكادر مزيجاً واسعاً من الأطباء والممرضين والقابلات والصيادلة والفنيين والكوادر الإدارية. وتتركز غالبية العاملين في المستشفيات والمرافق الصحية الأولية، بينما تشرف مديريات الصحة في المحافظات على توزيعهم وإدارتهم.

ورغم حجم هذه القوى العاملة، ما تزال هناك فجوات كبيرة في التوزع الجغرافي، حيث تعاني المناطق الريفية والمهمشة من نقص مزمن. وتتركز الجهود الجارية على تطوير الكوادر الصحية من خلال التدريب، إلى جانب إصلاحات تهدف إلى تحسين التوزيع والاحتفاظ بالكوادر وإدارة الأداء. وتعدّ هذه القوى العاملة ركيزة أساسية يعتمد عليها هذا البرنامج الاستراتيجي في دفع مرحلة التعافي المبكر ووضع الأساس لتعزيز النظام الصحي على المدى الطويل.

4. التحليل السياقي والوضع الراهن

4.1 السياق الاجتماعي–الاقتصادي والسياسي

تمر سوريا حالياً بمرحلة التعافي المبكر بعد أكثر من عقد من الصراع والعقوبات والنزوح والكوارث الطبيعية. ووفقاً للأمم المتحدة، سيحتاج 16.7 مليون شخص إلى المساعدات الإنسانية في عام 2025 - وهو أعلى رقم منذ بداية الأزمة - من بينهم 15.8 مليون بحاجة ماسة إلى الدعم الصحي.

وتسود حالة من الفقر الواسع، حيث يعيش أكثر من 90% من السوريين تحت خط الفقر، ويعتمد الملايين على المساعدات الإنسانية للحصول على الغذاء والمياه والرعاية الصحية. وتشير تقارير البنك الدولي إلى أن الاقتصاد انكمش بأكثر من 80% منذ عام 2010، مع استمرار مستويات التضخم

والبطالة عند مستويات مرتفعة. ويفاقم شح المياه والجفاف المتكرر الهشاشة القائمة، مما يحدّ من الوصول إلى مياه شرب آمنة ويزيد من مخاطر الأمراض المنقولة بالمياه.

وفي الوقت نفسه، من المتوقع أن يؤدي عودة نحو 2 مليون لاجئ سوري خلال العامين المقبلين إلى زيادة الضغط على النظام الصحي الضعيف أصلاً، مما يستدعي تعزيز قدراته للاستجابة إلى الطلب المتزايد على الخدمات الصحية.

4.2 عبء المرض

4.2.1 المعدل العام للوفيات والمراضة

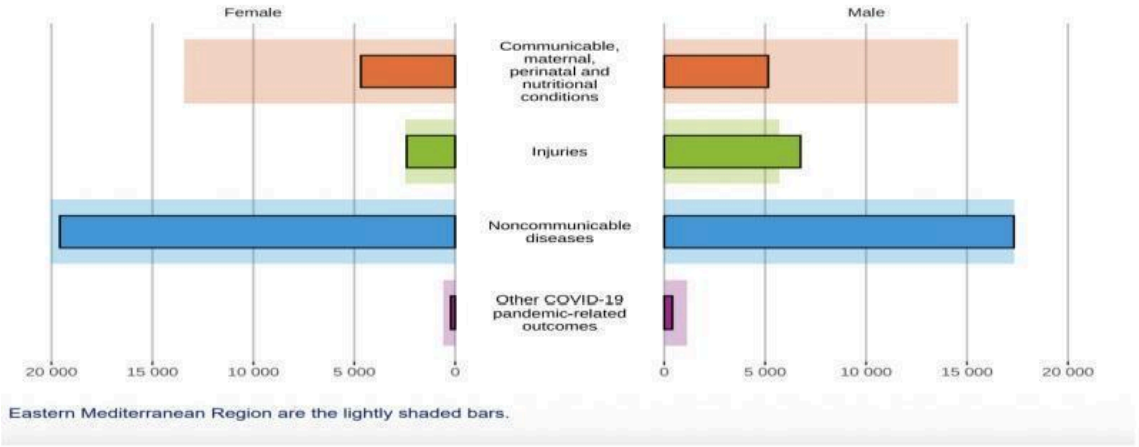
تشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى أن متوسط العمر المتوقع عند الولادة في سوريا بلغ 72.4 سنة في عام 2021، وهو ما يعكس تعافياً جزئياً من الانخفاض الحاد خلال سنوات النزاع، عندما تراجع من حوالي 75 سنة في عام 2010 إلى نحو 55–56 سنة بحلول عام 2014. ويُعزى هذا التعافي إلى انخفاض الوفيات الناجمة عن النزاع واسع النطاق، والتحولات الديموغرافية، وبعض التدخلات الصحية المحدودة. ومع ذلك، فقد تباطأ التقدم وبقي متوسط العمر المتوقع دون مستويات ما قبل النزاع.

سجلت سوريا 109,058 حالة وفاة في عام 2021، كان 75% منها ناجمة عن الأمراض غير السارية، و13% عن الأمراض السارية والأسباب المتعلقة بالأمومة وفترة الولادة والتغذية، و11% عن الإصابات. وتُعد الأمراض القلبية الوعائية السبب الرئيسي للوفيات، وخاصة مرض القلب الإقفاري والسكتة الدماغية. كما تحتل الإصابات، بما فيها حوادث المرور، مكانة بارزة بين أسباب الوفاة لدى الرجال، بينما تشكل الحالات الوليدية والعيوب الخلقية والالتهابات التنفسية السفلية أسباباً رئيسية عند الأطفال، وتعكس أنماط المراضة هذه الاتجاهات نفسها. إذ يبلغ معدل سنوات العمر المصححة باحتساب العجز (DALYs) في سوريا نحو 27,700 لكل 100,000 نسمة وفق تقديرات 2021، وهو معدل أعلى بكثير من المتوسط الإقليمي. وتشكل الأمراض غير السارية حوالي 70% من إجمالي العبء، في حين تسهم الإصابات بأكثر من 10%، خصوصاً بين الرجال الشباب. أما الأمراض السارية وحالات الأمومة والولادة فتمثل نحو 15% من إجمالي DALYs، مما يعكس فجوات في خدمات صحة الأم والطفل وتفاوتاً في تغطية التحصين.

وتتزايد سنوات العيش مع العجز بسبب الاضطرابات العضلية الهيكلية، وحالات الصحة النفسية مثل الاكتئاب والقلق، والمخاطر الأيضية مثل السكري. بينما تتركز سنوات العمر المفقودة على الأمراض القلبية الوعائية، واضطرابات الفترة الوليدية، والرضوح.

تاريخياً، عانت بيانات الوفيات والمراضة في سوريا من عدم اكتمال وضعف الموثوقية، وهي مشكلات سبقت النزاع. ولا تزال نظم الترصد الوبائي مجزأة وتعتمد بشكل كبير على أنظمة يديرها الشركاء، مما يحدّ من اكتشاف الحالات مبكراً ويضعف الاستجابة المنسقة والأمن الصحي الوطني. وقد ساهمت ممارسات الإبلاغ الضعيفة والانتقائية في حجب الوفيات والأمراض القابلة للوقاية، وهي مشكلات تفاقمت خلال سنوات النزاع.

وتُعدّ الأولوية الأساسية لوزارة الصحة بناء نظم معلومات صحية وطنية أقوى قادرة على إنتاج بيانات دقيقة وممثلة. إن إنشاء خطوط أساس موثوقة يعدّ ضرورياً لتوجيه أولويات التعافي ودعم الإصلاحات المبنية على الأدلة وضمان أن التخطيط يعكس الاحتياجات الصحية الفعلية للسكان.



المصدر: منظمة الصحة العالمية. (2023). الجمهورية العربية السورية: ملف تقديرات الصحة العالمية للبلد 2021. منظمة الصحة العالمية https://srhdpeuwpubsa.blob.core.windows.net/whdh/DATADOT/COUNTRY/PDF/760_Syrian%20Arab%20Republic.pdf

4.2.2 الأمراض السارية

لا تزال الأمراض السارية تمثل تحدياً كبيراً للصحة العامة في سوريا. وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، فقد تكررت في السنوات الأخيرة تفشيات الكوليرا، والحصبة، والإنفلونزا، والالتهابات التنفسية الحادة، والسل، وداء الليشمانيا الجلدي. وبين شهري آب/أغسطس وكانون الأول/ديسمبر 2024، أبلغت سوريا عن أكثر من 1,400 حالة مشتبه بها من الكوليرا وسبع حالات وفاة، وكانت عوامل الانتقال مرتبطة بالجفاف، والأضرار التي لحقت بشبكات المياه، وسوء الصرف الصحي.

ويظل داء الليشمانيا الجلدي متوطّناً، لا سيما في محافظات حلب وإدلب والحسكة، حيث تستمر الإبلاغات عن أعداد كبيرة من الحالات. كما أن معدلات التغطية باللقاحات ما تزال دون المستوى المطلوب، إذ بلغت تغطية لقاح الـBCG حوالي 84%، وDTP1 حوالي 81%، وDTP3 نحو 73%، ولقاح الحصبة المحتوي على MCV1 نحو 74% فقط. وهذه المستويات أقل من المتوسط

الإقليمي، حيث تبلغ تغطية DTP3 نحو 88% وMCV1 حوالي 80%. كما أن النزوح، والاكتظاظ، وعدم انتظام تقديم خدمات التطعيم، تستمر في خلق مخاطر عالية لانتشار الأمراض التي تكون عرضة للتفشي.

4.2.3 الأمراض غير السارية (NCDs)

تُعد الأمراض غير السارية السبب الرئيسي للوفيات والمراضة في سوريا. وفقاً لتقديرات منظمة الصحة العالمية، تمثل أمراض القلب والأوعية الدموية نحو 25% من إجمالي الوفيات، مع مساهمة كبيرة للسرطانات والسكري والأمراض التنفسية المزمنة. وقد أدى ضعف القدرة التشخيصية، والانقطاع عن العلاج، ونقص الأدوية إلى تفاقم النتائج الصحية. وغالباً ما يتم تشخيص ارتفاع ضغط الدم والسكري في مراحل متأخرة أو لا يُعالجان على الإطلاق.

وتُعد خدمات السرطان محدودة بشكل خاص، مع نقص في أدوية الأورام ومعدات العلاج الإشعاعي. ومع تقدم السكان في العمر واستمرار ضعف خدمات الوقاية، سيستمر عبء الأمراض غير السارية في الارتفاع ما لم تُعالج من خلال تعزيز الرعاية الأولية والتدخلات على مستوى المجتمع.

يرتبط عبء الأمراض غير السارية في سوريا ارتباطاً وثيقاً بالعوامل الاجتماعية الأوسع التي تضررت بسبب أكثر من عقد من الصراع. فقد أدى الفقر الواسع وانعدام الأمن الغذائي والبطالة إلى تقليل قدرة السكان على الحصول على غذاء مغذٍ وسكن مستقر وبيئة معيشية آمنة. كما أدى تضرر شبكات المياه والصرف الصحي، وسوء إدارة النفايات، والتعرض لتلوث الهواء إلى زيادة مخاطر الأمراض التنفسية والقلبية. وأضافت ظروف النزوح والاكتظاظ النفسي والاجتماعي إلى الضغوط على السكان، مع تقييد استمرارية الرعاية، في حين ساهمت حالات الصحة النفسية غير المعالجة في تفاقم الأمراض المزمنة.

وفي الوقت ذاته، أدت اضطرابات النظام الصحي، مثل تدمير البنية التحتية، ونقص الكوادر الماهرة، ونقص الأدوية والمستلزمات، إلى تقييد الوصول إلى خدمات التشخيص والعلاج. يشير Garry وآخرون (2018) إلى أن تقديم خدمات الأمراض غير السارية في سوريا قد تعرقل بسبب هذه العوائق الهيكلية والمشكلات المتعلقة بالنظام الصحي، مما يجعل المرضى عرضة لانقطاع العلاج، والمضاعفات غير المدارة، وزيادة الفوارق بين السكان في المناطق الحضرية والريفية.

4.2.4 صحة الأم والطفل

لا تزال مؤشرات صحة الأم والطفل في سوريا ضعيفة رغم بعض التعافي التدريجي خلال السنوات الأخيرة. وفقاً لتقارير الأمم المتحدة (UN IGME 2023)، يُقدّر معدل وفيات الأطفال دون الخامسة بنحو 20.6 لكل 1,000 ولادة حية، انخفاضاً من 35 لكل 1,000 في عام 2015 بعد أن بلغ ذروته

خلال الصراع، لكنه لا يزال أعلى من مستويات ما قبل الأزمة في 2010. ويبلغ معدل وفيات الرضع نحو 19 لكل 1,000، ووفيات حديثي الولادة نحو 11 لكل 1,000 ولادة حية. ويُقدّر معدل وفيات الأمهات بنحو 20 لكل 100,000 ولادة حية، على الرغم من أن التقارير الوطنية لا تزال غير مكتملة بسبب ضعف نظم المراقبة وأنظمة الإحالة المشتتة.

ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية واليونيسف (2023)، تبلغ تغطية التطعيم بـ DTP3 نحو 80%، مع وجود تفاوتات كبيرة في المحافظات النائية والريفية. كما بلغت تغطية الرعاية السابقة للولادة نحو 62% في 2022، والرعاية بعد الولادة 43% فقط، مما يعكس محدودية الوصول إلى خدمات شاملة لصحة الأم والوليد. ولا تزال النواقص المستمرة في عدد القابلات وأطباء التوليد والحاضنات ونظم الإحالة الفعالة تُعيق الولادة الآمنة وبقاء الأطفال حديثو الولادة على قيد الحياة، خصوصاً في المناطق الطرفية والجديدة الوصول إليها.

وتظل الأسباب الرئيسية للمراضة والوفيات بين الأطفال هي الولادة المبكرة، والاختناق الولادي، والالتهابات التنفسية الحادة (بما في ذلك الالتهاب الرئوي)، وأمراض الإسهال، وسوء التغذية. كما تزيد التفشيات المتكررة للأمراض التي يمكن الوقاية منها بالتطعيم ونقص استمرارية خدمات صحة الأم والطفل من المخاطر التي يتعرض لها الرضع والأطفال الصغار.

للمقارنة، أظهرت بيانات اليونيسف (2022) أن معدل وفيات الأطفال دون الخامسة في الأردن بلغ 14 لكل 1,000 ولادة حية، و12 لكل 1,000 رضع، مما يبرز الحاجة إلى استثمارات مستمرة في الرعاية الأولية، والقابلات المجتمعية، وقدرات إحالة حديثي الولادة في سوريا.

4.2.5 الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي

زاد عبء اضطرابات الصحة النفسية بشكل كبير نتيجة الصراع المستمر، والنزوح، والضغوط الاقتصادية. وتشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى أن نحو شخص من كل عشرة يعيش في سوريا مع اضطرابات نفسية خفيفة إلى معتدلة، وحوالي شخص من كل ثلاثين يعاني من اضطرابات شديدة، ما يعادل عدة ملايين من الأشخاص على مستوى البلاد.

وتشمل أكثر الاضطرابات شيوعاً الاكتئاب والقلق واضطراب ما بعد الصدمة، بالإضافة إلى أمراض شديدة مثل الفصام واضطراب ثنائي القطب. وتعد خدمات المتخصصين نادرة، كما أن دمج الصحة النفسية ضمن الرعاية الأولية لا يزال محدوداً. ولا تزال غالبية الرعاية مقدمة من قبل المنظمات غير الحكومية والجهات الإنسانية، مع وجود قدرة محدودة مستدامة داخل النظام الصحي العام.

4.2.6 التغذية

لا تزال سوريا تواجه حالة واسعة من انعدام الأمن الغذائي وسوء التغذية، مما يشكل مخاطر جسيمة على صحة الأطفال ونموهم. وفقاً لليونيسف، ارتفع معدل سوء التغذية الحاد العالمي (GAM) من 1.7% في 2019 إلى 4.8% في 2023، وهو ما يعكس تدهوراً مستمراً. في العام نفسه، تم فحص نحو 2.9 مليون طفل تتراوح أعمارهم بين 6–59 شهراً للكشف عن سوء التغذية الحاد، مع تسجيل آلاف الحالات الشديدة التي تتطلب تدخلات غذائية علاجية.

ولا يزال التقزم يمثل مصدر قلق رئيسي، حيث يؤثر على 16.9% من الأطفال دون الخامسة. ورغم هذه الاحتياجات الملحة، لا تزال خدمات التغذية في مرافق الرعاية الصحية الأولية محدودة، مع وجود فجوات كبيرة في إدارة حالات سوء التغذية الحاد، والفحص الروتيني، ومراقبة النمو، والإرشاد الغذائي. كما تستمر النواقص في المغذيات الدقيقة وسوء ممارسات تغذية الرضع والأطفال الصغار في زيادة عبء سوء التغذية على مستوى البلاد. وتشمل هذه النواقص انتشار فقر الحديد بين نحو ثلث الأطفال دون الخامسة، فيما تغطية مكملات فيتامين أ لا تزال دون المستهدفات الإقليمية، مما يعرض العديد من الأطفال لمخاطر الأمراض القابلة للوقاية.

كما تظل ممارسات تغذية الرضع والأطفال الصغار غير كافية، حيث يُرضع نحو 40% فقط من الأطفال رضاعة طبيعية حصرية خلال الأشهر الستة الأولى، وهو أقل بكثير من التوصيات العالمية. وبحسب تحديث اليونيسف 2025، يواصل 35% فقط من الأطفال الرضاعة الطبيعية حتى سن عامين. يسهم سوء تغذية الأمهات في انخفاض الوزن عند الولادة ونتائج الحمل السلبية، في حين يؤدي ضعف الرعاية السابقة للولادة وبعدها على مستوى الرعاية الأولية إلى زيادة المخاطر التغذوية للأمهات وحديثي الولادة. كما أن ارتفاع أسعار الغذاء وانخفاض دخل الأسر يقللان من جودة الغذاء المتاح، ويزيد محدودية الوصول إلى الرعاية الأولية من تفاقم الوضع، إذ تفتقر العديد من المرافق إلى خدمات التغذية والمستلزمات اللازمة لتقديم الدعم الكافي. وتؤدي هذه الضغوط إلى تقليص خيارات الأسر، وزيادة الاعتماد على استراتيجيات التكيف السلبية، ورفع المخاطر الطويلة الأجل لكل من نقص التغذية وفرط الوزن.

4.3 حالة النظام الصحي

4.3.1 تقديم الخدمات والبنية التحتية

لا يزال النظام الصحي في سوريا مجزأً ويعاني من نقص الموارد. وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، حتى أوائل عام 2025، كانت حوالي 54% فقط من المستشفيات و39% من مراكز الرعاية الصحية الأولية تعمل بكامل طاقتها، فيما يعمل الباقي جزئياً أو لا يعمل على الإطلاق. العديد من المرافق

متضررة أو تعاني من نقص الكوادر أو تعمل كـ "هياكل فارغة" حيث تكون المباني سليمة لكن تفتقر للكوادر أو المعدات أو الأدوية. تجاوزت أكثر من 90% من الأجهزة الطبية خمس سنوات من العمر، كما أن نقص قطع الغيار والأكسجين والمستلزمات المخبرية يعطل استمرارية الرعاية. وحدات الطوارئ والعناية المركزة غير قادرة على تلبية الطلب، بينما تتأثر خدمات صحة الأم والطفل بشكل خاص بنقص القابلات والحاضنات والمعدات التوليدية. يعتمد المرضى بشكل متزايد على المستشفيات الحضرية المزدحمة، أو مقدمي الخدمات الخاصة الذين لا يستطيع معظم الأسر تحمل تكاليفهم، أو المرافق المدعومة من الجهات الإنسانية والتي تعاني من نقص التمويل.

يتجه النموذج التنظيمي الذي تسعى سوريا لتطبيقه نحو نظام صحي متكامل ومنسق يربط بين الخدمات المجتمعية، ومراكز الرعاية الصحية الأولية، والمستشفيات عبر آليات إحالة وردود فعل واضحة. تشكل الرعاية الصحية الأولية الأساس ونقطة الاتصال الأولى، حيث تقدم خدمات وقائية وترويجية وعلاجية أساسية مع إحالة المرضى الذين يحتاجون إلى رعاية متقدمة إلى المستشفيات الإقليمية أو المتخصصة. تقدم المستشفيات الرعاية الثانوية والثالثية، وتلعب دوراً داعماً لمراكز الرعاية الأولية من خلال الإشراف، والإحالة العكسية، وبناء القدرات لضمان استمرارية وجودة الرعاية.

يتم هيكلة الحوكمة عبر ثلاثة مستويات، حيث توفر وزارة الصحة القيادة والإشراف الوطني، وتدير مديريات المحافظات التنسيق والإشراف، بينما تضمن فرق المرافق التنفيذ وجودة الخدمات.

كجزء من هذا الإصلاح، ستقوم وزارة الصحة بتحديث وتنفيذ حزمة الخدمات الصحية الأساسية (EHSP) كأساس للوصول العادل إلى رعاية عالية الجودة. ستحدد الحزمة المعدلة الخدمات الوقائية والترويجية والعلاجية الأساسية التي يجب أن تقدمها كل مرفق، وسيتم تقديمها تدريجياً بدءاً من المجالات الأكثر أهمية مثل صحة الأم والطفل، والأمراض غير السارية، والأمراض السارية، والرعاية الطارئة. لضمان تطبيق الحزمة بشكل فعال، ستنظم الوزارة زيارات منتظمة من مديري الصحة والمشرفين لتوجيه كوادر المرافق، وتحديد الثغرات، وتعزيز جودة الخدمات. ستراقب المديريات الصحية توفر الأدوية والكوادر والمعدات اللازمة لتلبية معايير الحزمة وستراجع النتائج بعد التطبيق لإجراء التعديلات ودعم التحسين المستمر.

سيتم تنسيق الإشراف والمتابعة بين مديريات المحافظات والمرافق الصحية باستخدام أدوات موحدة مرتبطة بـ DHIS2 للتقارير والمتابعة في الوقت المناسب. كما ستعزز حزمة الخدمات الصحية الأساسية جودة الرعاية وتقوي مسارات الإحالة، مما يضمن انتقال المرضى الذين يحتاجون إلى رعاية متقدمة بسلاسة من مراكز الرعاية الأولية إلى المستشفيات ومن ثم المتابعة في المرفق المحلي. سيسهم هذا التدفق الثنائي للرعاية على ضمان تلقي المرضى المستوى المناسب من العلاج في الوقت المناسب

مع الحفاظ على السلامة والاتساق والمساءلة عبر النظام الصحي. معاً، ستسهم هذه الخطوات في تحسين الجودة، وبناء ثقة المرضى، واستعادة الثقة العامة بالنظام الصحي.

4.3.2 الموارد البشرية للصحة

لا يزال القطاع الصحي في سوريا يعاني من نقص حاد في الكوادر مقارنة بالمعايير الدولية. وفقاً لمنظمة الصحة العالمية (2020)، كان هناك حوالي 2.2 طبيب لكل 10,000 نسمة، وهو أقل بكثير من المتوسطات الإقليمية وأدنى بكثير من الحد الأدنى الموصى به من منظمة الصحة العالمية، وهو 23 طبيباً وممرضاً وقابلة لكل 10,000 نسمة. أظهر تقرير HeRAMS للمستشفيات العامة (2021) أنه في العديد من المحافظات، غالباً ما كانت كثافة الأطباء والممرضين والقابلات أقل من 5 لكل 10,000 نسمة.

قدر التقرير السنوي للقطاع الصحي (2022) أن نحو 50% من الكوادر الصحية في سوريا غادرت البلاد منذ بداية الصراع. النقص شديد خصوصاً بين أطباء طب الأسرة، وكذلك بين التخصصات مثل أطباء التخدير، وأطباء العناية المركزة، وأطباء الأورام، إلى جانب الممرضين والقابلات في المناطق الريفية والحضرية. كما أن انخفاض الرواتب، ومحدودية التقدم الوظيفي، وصعوبة الوصول إلى التعليم الطبي المستمر تضعف جهود الاحتفاظ بالكفاءات عبر النظام الصحي.

تواجه مؤسسات التعليم الصحي تحديات كبيرة أيضاً، إذ هاجر العديد من أعضاء هيئة التدريس ذوي الخبرة، مما قلل توافر الكفاءات المؤهلة في كليات الطب والتمريض. وقد تعرضت بعض الجامعات والبرامج التدريبية للضرر أو التعطيل، مما قلل القدرة على القبول والوصول إلى التدريب العملي. ولا تزال عملية اعتماد المؤهلات غير متسقة، مع عدم وجود نظام وطني موحد لضمان توافق الخريجين مع معايير الكفاءة. هذا النقص يقلل من الثقة في جودة التدريب ويخلق حالة من عدم اليقين للخريجين ويؤثر على قدرتهم على ممارسة المهنة أو متابعة التخصص. تضعف هذه التحديات خط أنابيب الكوادر الجديدة وتسهم في النقص المستمر في الموظفين المؤهلين عبر النظام الصحي.

4.3.3 الأدوية وسلاسل التوريد

قبل عام 2011، كانت الصناعة الدوائية المحلية في سوريا تنتج نحو 90% من الطلب المحلي من خلال أكثر من 60 مصنعاً، ووفقاً لتقرير الاتحاد الأوروبي لعام 2023 حول الصناعة الدوائية السورية، كانت الأدوية تُصدر إلى نحو 60 دولة. أدى الصراع إلى تعطيل هذا النظام، مما قلل الإنتاج بأكثر من 70% نتيجة تضرر المصانع، وانقطاع سلاسل التوريد، وصعوبة الحصول على المواد الخام. على الرغم من استئناف بعض الإنتاج، لا يزال العرض أقل بكثير من مستويات ما قبل الصراع، ويغطي الإنتاج المحلي الآن جزءاً فقط من قائمة الأدوية الأساسية. ومن الشائع حدوث نقص في

المضادات الحيوية، والإنسولين، وأدوية الأورام، وأدوية التخدير. كما أن الرقابة التنظيمية لا تزال ضعيفة، مع قوانين قديمة، وتطبيق متقطع، وعدم وجود نظام وطني موحد لمراقبة الجودة، أو التسعير، أو التوزيع. يؤدي غياب التوحيد والرقابة التنظيمية إلى صعوبة ضمان توفير أدوية آمنة وفعالة وبأسعار معقولة. لا تزال سلاسل التوريد هشة، مع نفاد المخزون المتكرر واضطرابات في سلسلة التبريد تؤثر على اللقاحات والمنتجات الحساسة الأخرى.

4.3.4 تمويل الصحة

يعد تمويل الصحة في سوريا من الأضعف في المنطقة. في عام 2023، بلغ الناتج المحلي الإجمالي حوالي 20 مليار دولار، مع نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي يبلغ 847 دولاراً فقط. شكل الإنفاق الحكومي على الصحة حوالي 1.41% من الناتج المحلي الإجمالي في 2022، وهو من أدنى المعدلات في الشرق الأوسط. نتيجة لذلك، تتحمل الأسر نصيباً غير متناسب من تكاليف الرعاية الصحية، حيث تمثل المدفوعات من جيوب المواطنين (OOP) نحو 46% من إجمالي الإنفاق الصحي. هذا المستوى أعلى بكثير من لبنان بنسبة 33% والأردن بنسبة 40%. كما أن كلا البلدين المجاورين يخصصان حصة أكبر من الناتج المحلي الإجمالي للصحة، حيث تبلغ 1.96% في لبنان و2.49% في الأردن، ويستفيدان من دخل أعلى للفرد يبلغ 3,478 دولار و4,466 دولار على التوالي. تعكس هذه الفجوات مدى تأثير انخفاض الاستثمار العام المزمن والانهيار الاقتصادي في سوريا على تحميل الأسر العبء المالي، مما يؤدي إلى تأخير الرعاية، وانخفاض استخدام الخدمات، وتزايد عدم المساواة، خصوصاً للفقراء وسكان المناطق الريفية.

GDP Comparison — Syria, Jordan, Iraq, and Lebanon (World Bank WDI, Latest Available)

Country	Population (millions) (2024)	GDP, current USD (billions) (2023)	GDP per capita (USD) (2023)	Government health spending (% of GDP) (2022)	Out-of-pocket (% of current health expenditure) (2022)
Syria	24,672,760	$20.0B	$847	≈ 1.41%	45.73%
Jordan	11,552,876	$53.4B	$4,466	2.49%	40.21%
Iraq	46,042,015	$279.6B	$5,965	2.18%	47.83%
Lebanon	5,805,962	$20.08B	$3,478	1.96%	33.42%

المصدر: البنك العالمي - مؤشرات التنمية العالمية (https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators) ومنظمة الصحة العالمية-قاعدة بيانات الإنفاق الصحي العالمي (https://apps.who.int/nha/database). تم الاسترجاع في 25 أغسطس 2025.

يزداد ضعف النظام بسبب الاعتماد الكبير على المساعدات الإنسانية غير المتوقعة، وبسبب التجزئة الشديدة في إدارة الأموال. بينما تظل المانحة والمنظمات غير الحكومية دعامة أساسية للخدمات الصحية، فإن مساهماتها غالباً ما تكون قصيرة الأجل ومبنية على المشاريع، متجاوزة الأنظمة

الحكومية، مما يؤدي إلى التكرار في بعض المناطق وترك مناطق أخرى محرومة. على الرغم من وجود نظام توزيع ميزانية مركزي داخل القطاع العام، لا يوجد تجمع مالي وطني موحد يوزع المخاطر بشكل مناسب أو يمكّن من إعادة تخصيص الموارد عبر المناطق، مما يحد من القدرة على إعادة التوزيع ويعزز الفوارق الجغرافية والاجتماعية الاقتصادية. تعتمد المرافق العامة على ميزانيات محددة البند تقدم مرونة قليلة ولا ترتبط بالأداء أو النتائج. غالباً ما تنشئ البرامج الممولة من المانحين آليات دفع موازية خارج الهياكل الحكومية، مما يؤدي إلى عدم الكفاءة وضعف التوافق مع الأولويات الصحية الوطنية. في الوقت نفسه، تفتقر سوريا إلى حزمة فوائد صحية صريحة تحدد الخدمات التي يجب أن تكون متاحة لجميع المواطنين. وبالتالي تختلف الخدمة الصحية بشكل واسع حسب المرفق والموقع والدعم الممنوح، مما يترك الأسر غير متأكدة من حقوقها ويعرضها لتكاليف غير متوقعة وغالباً غير ميسورة.

لقد زاد الصراع من تشويه التمويل وتفاقم عدم الكفاءة. فقد دمرت الهجمات على المستشفيات والعاملين الصحيين، البنية التحتية، وأجبرت الموظفين على النزوح، واضطرت المرافق لاعتماد تدابير حماية مكلفة مثل النقل، التمويه، والعمليات تحت الأرض كما وثقته مبادرات مثل مشروع حماية الرعاية الصحية. تزيد هذه الظروف من تكاليف التشغيل، وتحرف الموارد النادرة بعيداً عن تقديم الخدمات، وتدفع العديد من الأسر نحو الأسواق الخاصة أو غير الرسمية حيث الأسعار غير منظمة. بالنسبة للأسر الضعيفة، أدى الجمع بين المدفوعات العالية من جيوب المواطنين، وعدم التوافر المتوقع للخدمات، وقلة تواجد المانحين إلى مستويات مرتفعة من النفقات الصحية الكارثية وتزايد عدم المساواة في الوصول إلى الخدمات الأساسية.

تتجاوز التحديات الحكومية جميع أبعاد تمويل الصحة. تتوزع عملية اتخاذ القرار بين وزارة الصحة، ووزارة المالية، ومجموعة واسعة من الجهات الخارجية، مع ضعف التنسيق ومحدودية المساءلة في تخصيص الموارد وإنفاقها. تظل نظم الإدارة المالية العامة محدودة وتفتقر إلى الشفافية، بينما أدت العقوبات والضغوط المالية الأوسع إلى تقويض قدرة الحكومة على تعبئة وتوجيه الأموال بفعالية. لذلك، خلقت هذه العوامل بيئة تمويلية هشة ومجزأة وغير عادلة. يتميز النظام الصحي السوري بتمويل عام محدود وغير متوقع، واعتماد كبير على الأسر والمساعدات الإنسانية، وضعف آليات التجميع والشراء، وعدم وجود حزمة خدمات محددة تضمن توفير خدمات محددة للسكان، ونظام تمويل صحي يكافح لاستيعاب أو الاستجابة للاضطرابات الناتجة عن الصراع.

4.3.5 نظم المعلومات الصحية والصحة الرقمية

تظل نظم المعلومات الصحية مجزأة وغير مكتملة. تعتمد معظم المرافق على التقارير الورقية، ولا يزال تسجيل الوفيات الوطني جزئياً. غالباً ما تدير المنظمات غير الحكومية والشركاء الدوليون أنظمة تقرير

موازية خاصة بهم، غير متكاملة في إطار وطني موحد، مما يؤدي إلى التكرار والفجوات في البيانات. لا يوجد أيضاً نظام معلومات حديث ورقمي للموارد البشرية، مما يترك سجلات القوى العاملة الصحية ناقصة وقديمة ويعيق إدارة الموارد البشرية بشكل فعال.

تم تجربة أدوات رقمية مثل DHIS2 في بعض المناطق، بما في ذلك تتبع التطعيمات، لكن التوسع محدود بسبب ضعف البنية التحتية، وسوء الاتصال، وعدم كفاية تدريب الكوادر. تم إدخال مبادرات السجل الطبي الإلكتروني (EMR) في مرافق محددة، لكن التبني غير متسق، ولا يوجد معيار وطني أو توافق بين الأنظمة. يعيق ضعف حوكمة البيانات التخطيط المبني على الأدلة، والمراقبة، والتقييم عبر جميع مستويات القطاع الصحي.

4.4 التحديات والفجوات الرئيسية

يعاني النظام الصحي السوري من تحديات هيكلية. لا تزال العديد من المرافق متضررة وغير مجهزة بالكامل، ونسبة قليلة فقط تعمل بكامل طاقتها. كما أن القوى العاملة الصحية مستنزفة بشكل كبير وغير موزعة بشكل متوازن، مع نقص مستمر في الأطباء والممرضين والقابلات والمتخصصين. تؤدي الرواتب المنخفضة، وتدني فرص التقدم المهني، وضعف نظم التدريب والاعتماد إلى تقويض الاحتفاظ بالكوادر وسد الفجوة في الكوادر الجديدة.

يهيمن التمويل الصحي على المدفوعات من جيوب المواطنين، والتي تمثل نحو نصف إجمالي الإنفاق، مما يعرض الأسر لضغوط مالية. يظل الاستثمار العام من بين الأدنى في المنطقة، مما يضع سوريا خلف معظم البلدان المجاورة ويوسع الفوارق في الوصول. استعاد الإنتاج الدوائي جزئياً، لكنه يغطي جزءاً فقط من قائمة الأدوية الأساسية، بينما يؤدي ضعف التنظيم، وعدم التوحيد، وهشاشة سلاسل التوريد إلى نقص متكرر في المضادات الحيوية، والإنسولين، وأدوية الأورام، والتخدير.

تظل نظم المعلومات الصحية مجزأة، حيث تعتمد معظم المرافق على التقارير الورقية، وتدير المنظمات غير الحكومية أنظمة موازية، وتم إدخال السجلات الطبية الإلكترونية بشكل غير متسق وبدون معايير وطنية أو توافق بين الأنظمة. الموارد الحالية والقدرة المؤسسية على التخطيط والمراقبة والتقييم عبر جميع مستويات القطاع الصحي لا تزال محدودة. كما أن الصعوبات الاقتصادية المستمرة والعقوبات الدولية تقيد خيارات التمويل وتجعل من الصعب الوصول إلى كامل الشراكات الفنية والاستثمارات التي من شأنها تسريع التقدم.

في هذا السياق، يتطلب تطوير نظام معلومات صحي وطني شامل نهجاً مرحلياً. تتمثل الأولوية الفورية في وضع معايير البيانات، وتجربة حلول في مرافق مختارة، وتعزيز قدرات القوى العاملة، ووضع أطر

حوكمة. ستخلق هذه الخطوات مساراً واقعياً للتوسع التدريجي خلال خطة السنوات الخمس مع ضمان الاستدامة والتوافق مع الموارد المتاحة.

إلى جانب هذه الحواجز الفنية، يواجه القطاع الصحي أيضاً تحديات الحوكمة. تؤدي عدم الكفاءة والمصالح الراسخة داخل النظام الصحي وحوله إلى تشويه تخصيص الموارد، وتعقيد إدارة المشتريات والموارد البشرية، وضعف الرقابة. غالباً ما تخلق هذه الممارسات خطوط مساءلة غير واضحة وتحفز سلوكيات لا تدعم الإصلاح. سيتطلب التصدي لها المثابرة، وتعزيز الرقابة، والتوسع المستمر في آليات المساءلة والشفافية لبناء الثقة العامة وتحويل الحوافز نحو الأداء والنزاهة.

5. المبادئ التوجيهية

الرؤية الاستراتيجية

تلتزم وزارة الصحة ببناء قطاع صحي مرن قادر على الاستمرار أمام الصدمات والأزمات المفاجئة دون تعطيل الخدمات الأساسية. تؤكد هذه الرؤية طويلة المدى على استمرارية الرعاية، وقوة المؤسسات، والوصول العادل، وضمان استقرار النظام الصحي وقدرته على التكيف والاستجابة للتحديات المستقبلية.

المشاركة وتوافق الرأي

سيتم تشكيل النظام الصحي من خلال حوار شامل واتخاذ قرارات تعاونية. ستشارك المجتمعات والعاملون الصحيون والمجتمع المدني والوزارات الأخرى بشكل فعال في التخطيط والتنفيذ والمراقبة لتعزيز الملكية، وضمان توافق الرأي، ومواءمة الخدمات مع الاحتياجات الفعلية.

الشفافية الحساسة للصراع

الشفافية في الحوكمة والبيانات واستخدام الموارد أمر أساسي لإعادة المصداقية للنظام الصحي. ستضمن الممارسات تبادل المعلومات المفتوح مع مراعاة إرث الصراع وتنوع تجارب المجتمعات لتجنب عدم المساواة وتعزيز العدالة.

الاستجابة

ستكون السياسات والخدمات مرنة وقابلة للتكيف، وقادرة على التطور مع تغير احتياجات السوريين الصحية. سترتكز الاستجابة على التغذية الراجعة المستمرة، والأدلة، ونهج يركز على الإنسان ويعطي الأولوية للكرامة والاحترام.

العدالة والشمولية

يجب تقديم الخدمات الصحية بشكل عادل ودون تمييز. سيتم منح اهتمام خاص للفئات الضعيفة بما في ذلك النساء، والأطفال، وكبار السن، وذوي الإعاقة، وأصحاب الأمراض المزمنة، لضمان عدم ترك أي شخص خلف الركب في أجندة الصحة الوطنية.

الفعالية والكفاءة

ستُدار الموارد بمسؤولية لتعظيم النتائج الصحية. ستُسعى الفعالية من خلال السياسات المبنية على الأدلة وتنفيذ يركز على النتائج، بينما تُعزز الكفاءة من خلال الاستخدام الرشيد للأدوية والتقنيات والبنية التحتية وقدرات القوى العاملة.

المساءلة

ستكون الأدوار والمسؤوليات ومراقبة الأداء واضحة كأساس للنظام الصحي. ستضمن المراجعات الدورية، ومشاركة أصحاب المصلحة، والتقارير الشفافة تحقيق الالتزامات وبقاء المؤسسات مسؤولة أمام السكان.

الأخلاق

سيستند النظام الصحي إلى مبادئ أخلاقية في الممارسة الطبية، وحقوق الإنسان، والنزاهة. ستوجه المعايير الأخلاقية الحوكمة والبحث وتقديم الخدمات لضمان العدالة واحترام الكرامة الإنسانية على جميع المستويات.

التوطين

ستكون الملكية الوطنية مركزية في تحول النظام الصحي. ستقود المؤسسات السورية، والخبرات، والمجتمعات العملية، مع توجيه الدعم الدولي لتعزيز القدرات المحلية بدلاً من استبدالها.

الثقة الاجتماعية

يعد إعادة بناء الثقة بين المواطنين والنظام الصحي والحفاظ عليها حجر الزاوية للاستقرار طويل المدى. ستعزز الثقة من خلال تقديم خدمات عادلة، وحوكمة تشاركية، ومواءمة مع احتياجات وتوقعات المجتمع. ستشكل هذه الثقة أساساً عملياً للعدالة والمساءلة والمرونة.

6. تحليل SWOT

نقاط القوة	نقاط الضعف
• وجود كوادر صحية مؤهلة ومتخصصة في مختلف المجالات. • التزام قوي وشعور عالي بالمسؤولية والرسالة لدى العاملين. • شبكة قائمة من المرافق الصحية في المناطق الحضرية والريفية. • سمعة جيدة للقوى العاملة الصحية وثقة متبادلة مع المجتمع. • خبرة مؤسسية تراكمية في الاستجابة للطوارئ والأزمات. • القدرة على حشد الموارد البشرية بسرعة عند الحاجة. • وجود بعض آليات التنسيق والشراكات مع الجهات الصحية. • توفر كوادر تتمتع بخلفيات أكاديمية وتدريب متقدم. • مشاركة مجتمعية في بعض البرامج والمبادرات الصحية.	• نقص حاد في الموارد المالية، مع اعتماد كبير على المانحين الخارجيين. • ضعف نظم المعلومات الصحية وسوء أو عدم موثوقية جمع البيانات والتبليغ عنها. • نقص في الأدوية الأساسية والمعدات والمستهلكات الطبية. • إرهاق شديد للعاملين وارتفاع مستويات الضغط والإجهاد والاحتراق الوظيفي. • غياب فرص التدريب المستمر وبناء القدرات. • ضعف هياكل المتابعة والمساءلة والتقييم. • قصور في القدرات الفنية والإدارية الخاصة بالتخطيط. • ضعف البنية التحتية في العديد من المرافق الصحية (مبانٍ متضررة، معدات قديمة). • صعوبة الوصول إلى بعض المناطق بما في ذلك شمال شرق سوريا والسويداء. • ضعف مواءمة وتنسيق المساعدات الإنسانية مع الخطط الصحية الوطنية.
الفرص	التهديدات
• الاستقرار السياسي. • تحسن اقتصادي محتمل. • دعم نشط من الجاليات في الخارج والشركاء الدوليين والمانحين لإعادة بناء النظام الصحي. • فرصة لتوحيد النظام الصحي بعد سنوات من التجزئة. • إمكانية الاستثمار في الصحة الرقمية ونظم المعلومات الصحية. • شراكات مع الجامعات ومراكز البحث لتعزيز السياسات الصحية المبنية على الأدلة. • إمكانية توسيع برامج العاملين الصحيين المجتمعيين وجهود الرعاية الوقائية. • تنامي الطلب الشعبي على الوصول العادل للخدمات. • فرصة لتصميم آليات جديدة لتمويل الصحة، بما في ذلك أنظمة التأمين الصحي. • آفاق لتوسيع الشراكات بين القطاعين العام والخاص في تقديم الخدمات الصحية وسلاسل الإمداد.	• عدم الاستقرار الأمني وتأثيره على التخطيط والتنفيذ. • إرهاق المانحين وانخفاض التمويل الخارجي. • أزمة اقتصادية عميقة تحد من قدرة الميزانية الوطنية على تمويل القطاع الصحي. • استمرار هجرة الكوادر الصحية المؤهلة إلى الخارج. • استمرار ضعف ثقة الجمهور بالمؤسسات الحكومية في حال عدم تحسن الأداء. • العقوبات والقيود التي تعيق استيراد المواد الطبية والحصول على الدعم التقني. • قابلية النظام الصحي للتأثر بالأوبئة والأمراض المستجدة. • تداخل المهام والتنافس بين المؤسسات الصحية الفاعلة. • مخاطر الفساد وسوء إدارة الموارد المحدودة. • عدم المساواة الاجتماعية والمناطقية المؤدية لاختلاف مستويات الوصول إلى الخدمات.

• تزايد الاهتمام بمواءمة السياسات مع الاستراتيجيات والأطر الصحية الدولية (مثل التغطية الصحية الشاملة وأهداف التنمية المستدامة).	• الضغوط الناتجة عن الأزمات الإنسانية المفاجئة، والتي قد تُحوّل الاهتمام بعيداً عن الإصلاحات طويلة الأمد.

7. الأهداف الاستراتيجية والغايات العامة (2026–2028)

7.1 إعادة تأهيل البنية التحتية الصحية

تُعد إعادة تأهيل البنية التحتية الصحية إحدى أكثر الأولويات إلحاحاً في قطاع الصحة في سوريا خلال مرحلة التعافي المبكر. فقد أدّت سنوات من النزاع والإهمال إلى تضرر العديد من المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية ومرافق الإحالة، أو نقص تجهيزها، أو عملها بجزء محدود من طاقتها. ومن دون مرافق آمنة ومجهزة بشكل كافٍ، لا يمكن تقديم الخدمات الأساسية، ولا يمكن استعادة ثقة الجمهور بالنظام الصحي. وترى وزارة الصحة أن مرحلة التعافي المبكر تشكل جسراً بين الاستجابة الإنسانية والتنمية، بحيث تضمن أن تؤسس استثمارات إعادة التأهيل لجهود وطنية مستدامة في تقوية النظام الصحي.

ستعمل الوزارة على إنشاء سجل وطني مُحقق للمرافق الصحية ليكون الأساس في تخطيط جهود إعادة التأهيل ورصدها، إضافة إلى تحديد أولويات المرافق وفق مستوى الحاجة، وضمان الالتزام بمعايير المياه والإصحاح وسلامة المنشآت. وسيُسهم دمج بيانات المرافق مع الأدوات الرقمية وآليات رصد العدالة الصحية في توجيه تخصيص الموارد بشفافية وبناءً على الأدلة.

وبحلول نهاية عام 2028، سيكون السجل الوطني للمرافق الصحية جزءاً من نظام المعلومات الصحي، وستكون المستشفيات والمراكز الصحية الأولية ذات الأولوية قد خضعت للتأهيل والتجهيز، كما ستسهم تقارير رصد العدالة في توجيه القرارات الاستثمارية. كما تُدرج التفاصيل المتعلقة بالأنشطة والمخرجات والمؤشرات ضمن الإطار المنطقي في الملحق.

7.2 تطوير القوى العاملة الصحية

تشكل القوى العاملة الصحية القوية والمُدرّبة والمحفَّزة الأساس لنظام صحي قادر على الاستمرار. فقد أضعفت سنوات النزاع القوى العاملة الصحية في سوريا، ما أدى إلى الهجرة، وعدم التوزيع العادل، ونقص الاختصاصيين في المجالات الحرجة. كما واجهت مؤسسات التدريب تحديات كبيرة أدى بعضها إلى ضعف التطوير المهني وانخفاض عدد الخريجين المؤهلين.

ستعمل وزارة الصحة على إنشاء وحدة للقوى العاملة الصحية تتولى قيادة جهود الحصر الوطني، والتدريب، والتوزيع. كما ستقوم باستكمال وتنفيذ استراتيجية وخارطة طريق الموارد البشرية الصحية، وتوسيع برامج التدريب القائمة على الجدارة، واستحداث برامج حوافز واحتفاظ للكادر الصحي في التخصصات ذات الأولوية، وربطها ببرامج العاملين الصحيين المجتمعيين عند الحاجة. وسيوجه تحليل سوق عمل القوى العاملة الصحية ومذكرة الاستثمار الصحي القرارات المستقبلية المتعلقة بالتخطيط والتمويل.

وبحلول نهاية عام 2028، ستكون الوحدة الوطنية للقوى العاملة الصحية قد أُنشئت، وستوجّه خارطة طريق الموارد البشرية عملية التوظيف والتوزيع على مختلف المحافظات، وسيتم توسيع برامج التدريب أثناء الخدمة، كما ستُعزَّز الشراكات الرسمية مع الجامعات والشركاء التنمويين لدعم بناء القدرات وتحسين الاستبقاء. وتُدرج التفاصيل الإضافية ضمن الإطار المنطقي في الملحق.

7.3 التمويل الصحي والاستدامة

يُعد التمويل الصحي مكوناً أساسياً لتعافي النظام الصحي وقدرته على الاستمرار على المدى الطويل. ففي سوريا، ظل الإنفاق العام على الصحة دون المتوسط الإقليمي، في حين أدت سنوات النزاع والأزمة الاقتصادية والعقوبات إلى إضعاف القدرة المالية للدولة. ونتيجة لذلك، يعتمد القطاع الصحي بشكل كبير على الدعم الخارجي، بينما تتحمل الأُسر نفقات صحية مرتفعة تعرّض الكثيرين لمخاطر مالية كبيرة. ومن دون فهم دقيق للإنفاق الصحي الحالي وآليات موثوقة لتعبئة الموارد، لا يمكن للنظام الصحي أن يتقدم نحو العدالة أو التغطية الصحية الشاملة.

تلتزم وزارة الصحة بإعادة بناء أسس الحوكمة المالية في القطاع، بما يشمل إعادة تفعيل الحسابات الصحية الوطنية، ورسم خريطة بالخدمات القائمة، وبدء تحليلات التكلفة لفهم الاحتياجات المالية للنظام. كما ستقود وحدة التغطية الصحية الشاملة، بعد تعزيزها، إصلاحات التمويل الصحي، والتنسيق مع الشركاء، وضمان أن تستند القرارات التمويلية إلى الأدلة وتتوافق مع الأولويات الوطنية.

وبحلول نهاية عام 2028، سيتم إنشاء وحدة التمويل الصحي في وزارة الصحة لقيادة إصلاحات التمويل على مستوى القطاع وتعزيز الحوار مع الشركاء. وستسهم الحسابات الصحية الوطنية المُحدَّثة وخرائط الخدمات المُحسوبة التكاليف في تعزيز الحوكمة المالية، وتحسين تعبئة الموارد، وحماية الأسر من المخاطر المالية. وتفصيل الأنشطة والمخرجات والمؤشرات مذكور في الإطار المنطقي بالملحق.

7.4 تقديم الخدمات الصحية

يمثل تعزيز تقديم الخدمات محوراً رئيسياً لتعافي القطاع الصحي في سوريا. فقد أدى النزاع إلى تجزئة الخدمات، وتفاوت تجهيز المرافق، وانخفاض القدرة على الوصول إلى الرعاية الأساسية. وسيضمن تعزيز الرعاية الصحية الأولية، بما في ذلك وضع وتنفيذ حزمة الخدمات الصحية الأساسية (EHSP)، توحيد الخدمات وضمان عدالتها واتساقها مع مبادئ التغطية الصحية الشاملة. وستحدد هذه الحزمة الخدمات التي يجب أن يتمتع بها كل مواطن، بغض النظر عن الموقع أو الوضع الاقتصادي. كما ستتضمن الحزمة خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي ضمن الرعاية الأولية، بما يضمن وصول المجتمعات إلى خدمات أساسية تعزز الصحة الجسدية والنفسية. وسيتم التركيز أيضاً على الوصول العادل، وجاهزية الخدمات، ودمج مكونات الصحة المجتمعية ضمن شبكة الرعاية الأولية.

تهدف وزارة الصحة إلى تحديث ودمج الحزم الحالية في حزمة وطنية واحدة، وتحديث وتوحيد بروتوكولات العلاج، وتطوير أنظمة للرصد والاستجابة لإدارة التهديدات الصحية العامة، بما فيها التأهب والاستجابة. كما ستؤخذ إجراءات تعزيز الطلب بعين الاعتبار. وستُسهم هذه التدابير في رفع جودة الخدمات وتوحيدها بين المرافق والشركاء. وسيُنفَّذ مشروع تجريبي للحزمة في عدد من المرافق قبل توسيعها وطنياً لضمان الجاهزية.

وبحلول نهاية عام 2028، ستكون الحزمة الوطنية المعتمدة قد نُفذت تجريبياً وتم احتساب تكلفتها، وستُطبق البروتوكولات الموحدة في مختلف مرافق الوزارة، وستُعتمد آليات ضمان الجودة لتحسين الجودة والعدالة والكفاءة. وترد تفاصيل الأنشطة والمؤشرات ضمن الإطار المنطقي في الملحق.

7.5 الحوكمة والشراكات

تُعد الحوكمة الرشيدة والشراكات الفعالة عناصر محورية لتعافي القطاع وتعزيز المساءلة. ستعمل وزارة الصحة على تعزيز دورها القيادي من خلال توضيح الأدوار المؤسسية وتقوية أنظمة التنسيق والتخطيط والمساءلة على المستويين الوطني ودون الوطني.

ولتطوير الشفافية ومواءمة جهود الشركاء، ستُفعِّل الوزارة المنصة الوطنية للتنسيق الصحي، بما يتضمن آلية لتنسيق التمويل والتقارير تُدار بالشراكة مع وزارتي المالية والخارجية. وستعمل هذه المنصة على مواءمة الدعم الخارجي مع الأولويات الوطنية وتوحيد بيانات الإنفاق الصحي لدعم عملية الحسابات الصحية الوطنية.

وعلى مستوى المحافظات، ستتولى لجان التنسيق الصحي برئاسة مديريات الصحة الإشراف وإجراء مراجعات الأداء والتحقق من البيانات. كما سيسهم التوسع في استخدام نظام DHIS2 ولوحات المعلومات الرقمية في تعزيز اتخاذ القرارات القائمة على البيانات.

بحلول نهاية عام 2028 ستكون آليات الحوكمة والشراكات الأساسية قد أُنشئت وأصبحت فعّالة، مما يمهّد لقيادة وطنية موحدة، وتحسين تنسيق المساعدات، وتعزيز المساءلة عبر القطاع الصحي. وترد التفاصيل المتعلقة بالأنشطة والمخرجات والمؤشرات ضمن الإطار المنطقي في الملحق.

7.6 الوصول إلى الأدوية والمنتجات الطبية

يُعد الوصول العادل إلى الأدوية والمنتجات الطبية المأمونة وذات الجودة ركيزة أساسية لتقديم خدمات صحية فعّالة. ستعمل وزارة الصحة على إنشاء وحدة سلسلة الإمداد لتقود عمليات الشراء والإمداد والتوزيع للأدوية الأساسية واللقاحات، وضمان توفرها بشكل متواصل على المستوى الوطني.

وستتولى الوحدة تنسيق التنبؤ بالاحتياجات، وتعزيز نظم إدارة سلسلة الإمداد (LMIS)، وتوسيع بنية سلسلة التبريد، وضمان مواءمة دعم الشركاء مع المعايير الوطنية. كما سترافق هذه الجهود إصلاحات داعمة لتعزيز الإنتاج المحلي للأدوية، وتحسين اختبارات الجودة، وتعزيز الرقابة الدوائية، بما في ذلك وضع إطار وطني لليقظة الدوائية.

وبحلول نهاية عام 2028، ستكون وحدة سلسلة الإمداد قد أصبحت كاملة التشغيل، وسيتم الانتهاء من المرحلة التجريبية لنظام LMIS، كما ستتم مأسسة آليات ضبط الجودة والرقابة التنظيمية لضمان الوصول الشفاف والفعّال والموثوق إلى الأدوية والمنتجات الطبية المأمونة. وترد التفاصيل الإضافية ضمن الإطار المنطقي في الملحق.

7.7 التحول الرقمي

يمثل التحول الرقمي عاملاً حاسماً في تقوية نظم المعلومات الصحية وتفعيل الحوكمة المبنية على البيانات. ستُنشئ وزارة الصحة وحدة الصحة الرقمية لتقود سياسات التحول الرقمي، وتعزز قابلية التشغيل البيني، وتوجّه الاستثمار في البنية الرقمية.

وتشمل الأولويات تطوير نظام السجلات الطبية الإلكترونية وتنفيذه تجريبياً في عدد من مراكز الرعاية الصحية الأولية، وتدريب العاملين في نظم المعلومات الصحية، ودمج سجلات المرافق مع منصة.

DHIS2 كما ستطور الوزارة سياسة وطنية للصحة الرقمية وإطار حماية للبيانات لضمان تبادل المعلومات بشكل آمن وحماية خصوصية المرضى.

وبحلول نهاية عام 2028، ستكون الوزارة قد أرست أسس التحول الرقمي للصحة، بما يشمل استكمال تقييم الجاهزية الوطنية للأنظمة الرقمية، والبدء بتنفيذ السجلات الطبية الإلكترونية، والسجلات الصحية، ولوحات المعلومات الرقمية. وستركز الجهود أيضاً على تطوير كوادر متخصصة في الصحة الرقمية وإقرار إطار سياساتي يدعم الشفافية والتنسيق والكفاءة على مستوى القطاع الصحي. وتفاصيل الأنشطة مذكورة في الإطار المنطقي في الملحق.

7.8 الأمن الصحي

يشكل الأمن الصحي ركناً أساسياً في تعزيز القدرة الوطنية على الاستمرار، وعنصراً ضرورياً لتحقيق التغطية الصحية الشاملة. ستعمل وزارة الصحة على تقوية قدرات الترصد، والتأهب، والاستجابة لمنع الأخطار الصحية العامة والكشف عنها والاستجابة لها، مع الحفاظ على استمرار الخدمات الأساسية خلال الطوارئ.

سيتم تطوير وتنفيذ إطار وطني للترصد والاستجابة، متوافق مع نظام الترصد والاستجابة المتكامل (IDSR) واللوائح الصحية الدولية (2005)، بحيث يدمج الاستعداد للفاشيات، وترصد وفيات الأمهات والوفيات حول الولادة، والتبليغ المجتمعي. وسيُعاد تشكيل فرق الاستجابة السريعة في المحافظات، وتوسيع ترصد مقاومة الميكروبات للمضادات (AMR)، وتعزيز برنامج التدريب الوبائي الميداني لضمان الكشف المبكر والاستجابة السريعة.

وستقوم الوزارة أيضاً بإنشاء وحدة اللوائح الصحية الدولية والأمن الصحي، ومركز طوارئ للصحة العامة (PHEOC)، وإطار لاستمرارية الخدمات الصحية الأساسية (CEHS) لضمان استمرار الرعاية أثناء الأزمات. كما ستُعزّز الشراكة بين القطاعات من خلال منصة الصحة الواحدة (One Health)، وسيتم مأسسة التواصل حول المخاطر والمشاركة المجتمعية لبناء الثقة العامة وتعزيز الاستجابة المبكرة.

وبحلول نهاية عام 2028، سيكون لدى سوريا نظام وطني للتّرصد والاستجابة يعمل بشكل فعّال، إضافة إلى فرق استجابة سريعة مؤهلة، وقدرات مخبرية موسعة في مجال مقاومة الميكروبات، ووحدة للأمن الصحي، ومركز طوارئ للصحة العامة، وإطار لضمان استمرارية الخدمات الصحية. وترد التفاصيل في الإطار المنطقي في الملحق.

8. المتابعة والتقييم والمسؤولية

تعد المتابعة والتقييم جزءاً أساسياً من تنفيذ الخطة الاستراتيجية، حيث يضمنان المساءلة، ويوجهان عملية اتخاذ القرار، ويمهدان لوضع استراتيجية صحية وطنية لمدة خمس سنوات. وبالنظر إلى محدودية الموارد البشرية والقدرات المؤسسية، ستتبنى الوزارة نهجاً مبسطاً يستند إلى البيانات والمصادر المتاحة ودعم الشركاء، دون استحداث أنظمة موازية.

وسيتم قياس التقدم باستخدام مجموعة أساسية من المؤشرات الواردة في الإطار المنطقي، تغطي مختلف الركائز الاستراتيجية. وستُستقى البيانات الأساسية من تقارير المرافق، وإحصاءات تقديم الخدمة، وسجلات سلسلة الإمداد، وآليات تقارير الشركاء. ونظراً لأن هذه المصادر قد تكون غير مكتملة بسبب ضعف أنظمة الإبلاغ، ستعتمد الوزارة على تقييمات سريعة تزود بصور آنية عن توفر الخدمات، وزيارات إشراف للتحقق من المعلومات وتعزيز المساءلة، واستطلاعات موجهة لرصد احتياجات المجتمع وجودة الخدمات. وستساعد هذه الأدوات على التحقق من صحة البيانات الروتينية وتعزيز قاعدة الأدلة إلى حين إعادة بناء نظم المعلومات الوطنية.

وستقود مديرية التخطيط والإحصاء عملية المتابعة والتقييم، مع تعيين نقاط اتصال من مختلف المديريات لتجميع التقدم الخاص بكل هدف. ولإبقاء التقارير عملية، ستُعتمد استمارة تحديث ربع سنوية يملؤها الشركاء والمديريات اعتماداً على البيانات المتاحة لديهم. وستُجمع هذه التقارير في موجزات تقدم ربع سنوية تُستخدم في مناقشات القيادة، وإبراز الإنجازات، وتحديد الاختناقات.

وفي نهاية كل عام، ستُعقد ورشة المراجعة السنوية لمراجعة التقدم، وتحليل الثغرات، واستخلاص الدروس. وستوثق النتائج في تقرير التقدم السنوي، الذي يشكل أداة للمساءلة وأساساً لتحسين التنفيذ في العام التالي ووضع الاستراتيجية الصحية الخمسية. ولتعزيز الشفافية، ستُشارك المستجدات مع القيادة والشركاء وأصحاب المصلحة خلال اجتماعات التنسيق. وبمرور الوقت، ستتطور هذه الآليات لتصبح إطار متابعة وتقييم وطنياً متكاملاً يستند إلى نظام معلومات صحي مُعاد بناؤه.

وسيتم تفصيل المؤشرات حسب الجنس، وعند الضرورة حسب العمر والمنطقة الجغرافية، لضمان رصدٍ عادل وشامل.

9. المخاطر والافتراضات

ستُنفّذ الخطة الاستراتيجية في بيئة معقدة تتأثر بعوامل داخلية وخارجية قد تُبطئ أو تُعدّل مسار التنفيذ. إن تحديد المخاطر بوضوح ووضع افتراضات شفافة يسمحان لوزارة الصحة بإدارة التوقعات والتكيف مع المتغيرات.

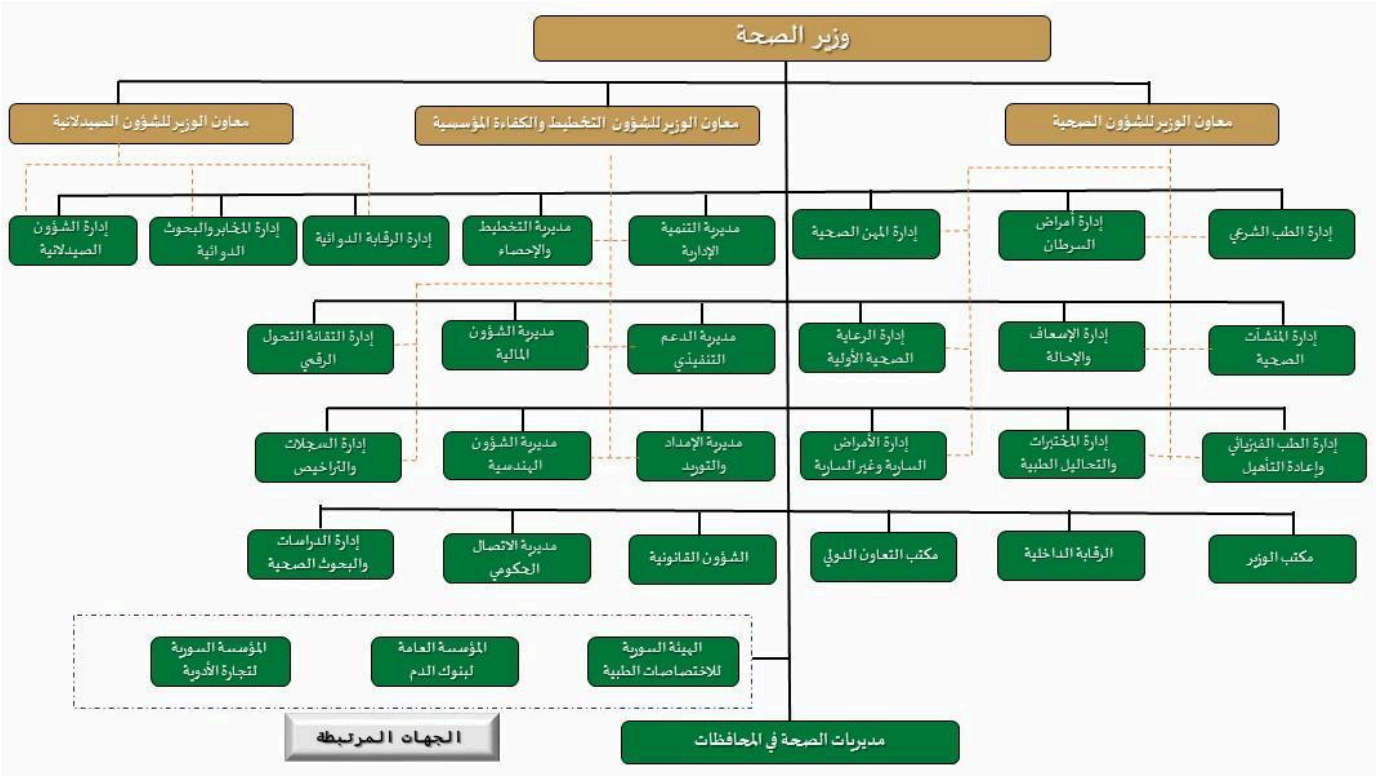
المخاطر

- قد تؤدي التطورات السياسية والأمنية إلى تعطل الوصول، أو تأخير إعادة التأهيل، أو الحد من انخراط الشركاء.
- قد تؤدي القيود الاقتصادية والعقوبات إلى تقليص الحيز المالي للاستثمار في الصحة.
- قد تبطئ السجلات الصحية غير المكتملة أو القديمة من التخطيط وتخصيص الموارد.
- قد تؤدي ندرة العاملين الصحيين وسوء توزيعهم إلى الحد من القدرة على توسيع الخدمات، خاصة في المناطق الريفية.
- قد يؤدي الإرهاق لدى المانحين، وتغير أولويات الشركاء، وآليات التمويل الموازية إلى تقليل القدرة على التنبؤ بالتمويل وإضعاف المواءمة مع الاستراتيجيات الوطنية.
- قد تؤدي التأخيرات في إنشاء أنظمة تمويل مجمّعة أو منسّقة إلى الحد من القدرة على توجيه الموارد بشكل فعّال.
- قد تؤدي اختناقات الشراء، وتضرر البنية التحتية، والتأخير الإداري إلى إبطاء التنفيذ.
- قد تتسبب التأخيرات في إنشاء وحدة التمويل الصحي، أو آليات التمويل الموحّد، أو تنسيق الشركاء في تقليل القدرة على التنبؤ المالي.
- قد تؤدي نقاط الضعف في أنظمة الشراء، أو محدودية قدرات سلسلة التبريد، أو ضعف تنسيق سلسلة الإمداد إلى حدوث انقطاعات في توفر الأدوية واللقاحات.
- قد يؤدي تجزؤ البيانات، أو ضعف قابلية التشغيل البيني، أو التأخر في التحول الرقمي إلى إبطاء التخطيط والمراقبة المبنية على الأدلة.
- قد تُعرّض التهديدات المتعلقة بالأمن الصحي — بما في ذلك الفاشيات المرضية، ومقاومة الميكروبات للمضادات (AMR)، أو الطوارئ المرتبطة بالمناخ — تقديم الخدمات للخطر وتستنزف الموارد.

الافتراضات

- ستستمر مستويات الاستقرار بالتحسن بما يكفي للسماح بإعادة التأهيل التدريجي وتقديم الخدمات.
- سيواصل الشركاء تقديم الدعم الفني والمالي للمجالات ذات الأولوية، بما في ذلك التمويل الصحي، والقوى العاملة، والصحة الرقمية، وتعزيز سلسلة الإمداد.
- ستواصل نظم البيانات والمنصات الرقمية التوسع، مما يتيح قدراً أكبر من التكامل والشفافية والإبلاغ عبر البرامج المختلفة.
- ستظل أنظمة التأهب للطوارئ، والتواصل حول المخاطر، والأمن الصحي فعّالة وقادرة على الاستجابة خلال الأزمات.
- ستبقى الحكومة ملتزمة بقيادة جهود التعافي والتنسيق مع الشركاء.
- ستستمر الوكالات الدولية والمنظمات غير الحكومية والمهنيون من أبناء الشتات في تقديم الدعم الفني والمالي خلال مرحلة التعافي المبكر.
- سيشارك العاملون الصحيون بشكل إيجابي في التدريب والإشراف وآليات الحوافز لتحسين جودة الخدمات وتعزيز الاستبقاء.
- ستستعيد المجتمعات تدريجياً ثقتها بالمرافق العامة وستشارك في المبادرات الجديدة مثل الحزمة الأساسية للخدمات الصحية ونماذج الصحة المجتمعية.
- حيثما تكون البيانات والسجلات غير مكتملة، ستستخدم الوزارة التقييمات السريعة، وزيارات الإشراف، والاستطلاعات الموجهة للتحقق من المعلومات وسد الثغرات، إلى حين تقوية الأنظمة الوطنية.
- سيعمل المانحون والشركاء على تعزيز التنسيق والمواءمة، وتقليل قنوات التمويل الموازية تدريجياً، وتعزيز الملكية الوطنية لجهود التعافي.

10. الملاحق


وزير الصحة
معاون الوزير للشؤون الصحية
معاون الوزير للشؤون التخطيط والكفاءة المؤسسية
معاون الوزير للشؤون الصيدلانية
إدارة الطب الشرعي
إدارة أمراض السرطان
إدارة المهن الصحية
مديرية التنمية الإدارية
مديرية التخطيط والإحصاء
إدارة الرقابة الدوائية
إدارة المخابر والبحوث الدوائية
إدارة الشؤون الصيدلانية
إدارة المنشآت الصحية
إدارة الإسعاف والإحالة
إدارة الرعاية الصحية الأولية
مديرية الدعم التنفيذي
مديرية الشؤون المالية
إدارة التقانة التحول الرقمي
إدارة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل
إدارة المختبرات والتحاليل الطبية
إدارة الأمراض السارية وغير السارية
مديرية الإمداد والتوريد
مديرية الشؤون الهندسية
إدارة السجلات والتراخيص
مكتب الوزير
الرقابة الداخلية
مكتب التعاون الدولي
الشؤون القانونية
مديرية الاتصال الحكومي
إدارة الدراسات والبحوث الصحية
الهيئة السورية للاختصاصات الطبية
المؤسسة العامة لبنوك الدم
المؤسسة السورية لتجارة الأدوية
مديريات الصحة في المحافظات
الجهات المرتبطة

11. المراجع

- Al-Abdulla, O., Alaref, M., Kallström, A., Kauhanen, J., et al. (2025). *The health system in Syria (2000–2024): assembling the pieces of a fragmented system — A scoping review*. *Health Research Policy and Systems, 23*, Article 85. https://doi.org/10.1186/s12961-025-01352-6
- Alkhalil, M. (2025, June 15). *How can protection measures for healthcare workers in conflict zones be improved: Syria case study* (SSRN). https://doi.org/10.2139/ssrn.5502218
- Doghman, J., Saba, S., & Bakhach, J. (2025). Physician demography in Lebanon 2024: Identifying gaps and proposing solutions for sustainable healthcare system. *BMC Health Services Research, 25*, Article 40. https://doi.org/10.1186/s12913-024-12198-z
- European Union. (2023). *Syria's pharmaceutical industry*. Publications Office of the European Union. https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/e8754651-5828-11ee-9220- 01aa75ed71a1/language-en
- Federal Reserve Bank of St. Louis (FRED). (2025). *GDP per capita for Syrian Arab Republic (current US$)*. World Bank. https://fred.stlouisfed.org/series/PCAGDPSYA646NWDB
- Garry, S., Checchi, F., Cislaghi, B., & Warsame, A. (2018). What influenced provision of non - communicable disease care in Syria during the war? *Conflict and Health, 12*(1), 45. https://doi.org/10.1186/s13031-018-0178-5
- Health Sector Syria. (2022). *Health sector annual report 2022*. ReliefWeb. https://reliefweb.int/report/syrian-arab-republic/health-sector-syria-annual-report-2022
- Kutaini, D., & Davila, C. (2010). Pharmaceutical industry in Syria. *Journal of Medicine and Life, 3*(3), 348–350. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3018990/
- Strohecker, K., & George, L. (2025, May 14). *Syria's economy: The devastating impact of war and sanctions*. Reuters. https://www.reuters.com/world/middle-east/syrias-economy-devastating-impactwar-sanctions-2025-05-14/ reuters.com

- Tamimi, A., Al-Abbadi, M., Tamimi, I., Juweid, M., Ahmad, M., … Tamimi, F. (2024). *The transformation of Jordan's healthcare system in an area of conflict*. *BMC Health Services Research, 24*, Article 1033. https://doi.org/10.1186/s12913-024-11467-1
- United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. (2025). *Levels and trends in child mortality 2024*. UNICEF. https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality-2024/ data.unicef.org
- UNICEF. (2022). *Whole of Syria humanitarian situation report, January–December 2022*. United Nations Children's Fund. https://www.unicef.org/documents/whole-syria-humanitarian-situationreport-jan-dec-2022
- UNICEF. (2023). *Syria: Country data and indicators.* UNICEF Data Warehouse. Retrieved from https://data.unicef.org/country/syr/
- UNICEF, World Health Organization, & Syrian Ministry of Health. (2025, August 3). *The Ministry of Health, UNICEF, and WHO call for urgent support to mothers to protect child health during World Breastfeeding Week 2025*. UNICEF Syrian Arab Republic. https://www.unicef.org/syria/press-releases/ministry-health-unicef-and-who-call-urgent-supportmothers-protect-child-health
- United Nations Children's Fund (UNICEF). (2022). *Jordan: Country data and indicators.* UNICEF Data Warehouse. Retrieved from https://data.unicef.org/country/jor/
- United Nations Children's Fund (UNICEF) Syria. (2023, October). *Nutrition fact sheet — Syrian Arab Republic*. UNICEF. https://www.unicef.org/syria/media/13906/file/Syria-nutrition-fact-sheetOct-2023.pdf
- United Nations Children's Fund (UNICEF) Syria. (2024, September). *Child food poverty in Syria — Advocacy brief*. UNICEF. https://www.unicef.org/syria/media/17681/file/Syria-nutrition-advocacybrief-August-2024.pdf

- United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. (2024, October). *Syrian Arab Republic Humanitarian Needs Overview 2024*. https://www.unicef.org/media/166141/file/2025-HAC-Syrian%20Arab%20Republic%281%29.pdf
- World Bank. (2025a). *Syrian Arab Republic — Country data*. World Bank. https://data.worldbank.org/country/syrian-arab-republic
- World Bank. (2025b). *Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure)*. World Bank. https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS
- World Bank. (2025c). *Domestic general government health expenditure (% of GDP)*. World Bank. https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.GE.ZS
- World Health Organization. (2013). *Building back better: Sustainable mental health care after emergencies*. World Health Organization (WHO). https://apps.who.int/iris/handle/10665/85377
- World Health Organization. (2019, June 11). *Mental health conditions in conflict situations are much more widespread than we thought*. https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/mentalhealth-conditions-in-conflict-situations-are-much-more-widespread-than-we-thought
- World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean (WHO-EMRO). (2019). *Country profile: Syrian Arab Republic – Child and adolescent health.* Retrieved from https://applications.emro.who.int/docs/WHOEMCAH224E-eng.pdf
- World Health Organization. (2022). *Global Health Observatory: Noncommunicable diseases mortality and risk factors*. WHO. https://www.who.int/data/gho/data/themes/noncommunicablediseases
- World Health Organization. (2025). *Syrian Arab Republic [Country overview]*. data.who.int. Retrieved September 9, 2025, from https://data.who.int/countries/760
- World Health Organization, & Syrian Arab Republic Ministry of Health. (2011). *Syrian Arab Republic: National pharmaceutical profile*. World Health Organization.

https://www.who.int/publications/m/item/syrian-arab-republic-national-pharmaceutical-profile

- World Health Organization & United Nations Children's Fund. (2024). *WUENIC country profile — Syrian Arab Republic (2024 revision)*. WHO/UNICEF. https://data.unicef.org/wpcontent/uploads/2025/07/WUENIC_notes_for_AllCountries_2024rev.pdf
- World Health Organization (WHO) & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2025b). *Progress and challenges with achieving universal immunization coverage: 2024–2025 update*. WHO/UNICEF. https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2025/07/WUENIC-progress-andchallenges.pdf
- World Health Organization. (2006). *The World Health Report 2006: Working together for health*. World Health Organization. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/f9e49704-ee93-4ed9-a66e-1f23791ddf89/content
- World Health Organization, Eastern Mediterranean Regional Office. (2012, August 8). *Syrian Arab Republic experiencing severe shortages in medicines and pharmaceutical products*. WHO EMRO. https://www.emro.who.int/press-releases/2012/syrian-arab-republic-experiencing-severe-shortagesin-medicines-and-pharmaceutical-products.html
- World Health Organization, Eastern Mediterranean Regional Office. (2019, July 23). *WHO addressing leishmaniasis in high-risk areas of the Syrian Arab Republic*. WHO EMRO. https://www.who.int/europe/news/item/24-07-2019-who-addressing-leishmaniasis-in-high-riskareas-of-syrian-arab-republic
- World Health Organization. (2020). *Health workforce snapshot: Syrian Arab Republic*. World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/347663
- World Health Organization. (2021). *HeRAMS annual public hospitals report 2021: Syrian Arab Republic*. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean.

https://www.emro.who.int/images/stories/syria/04-HeRAMS-Annual-Public-Hospitals-Report- 2021.pdf

- World Health Organization, Eastern Mediterranean Regional Office. (2024a). *EWARS Weekly Epidemiological Bulletin – Week 22, 2024*. WHO EMRO. https://www.emro.who.int/images/stories/syria/EWARS_bulletin-24W22.pdf
- World Health Organization, Eastern Mediterranean Regional Office. (2024b). *EWARS Weekly Epidemiological Bulletin – Week 31, 2024*. WHO EMRO. https://www.emro.who.int/images/stories/syria/EWARS_bulletin-24W31.pdf